

**VYSOKÁ ŠKOLA BÁŇSKÁ – TECHNICKÁ UNIVERZITA OSTRAVA
EKONOMICKÁ FAKULTA**

KATEDRA VEŘEJNÉ EKONOMIKY

Dostupnost nemocniční péče v základních oborech v Moravskoslezském kraji

The availability of hospital care in the basic branches in the Moravian-Silesian Region

Student: Jiřina Minářová

Vedoucí bakalářské práce: Ing. Blanka Mlčáková, Ph.D.

Ostrava 2011

Místopřísežně prohlašuji, že jsem celou práci, včetně všech příloh, vypracovala samostatně.

Ve Frýdku-Místku dne 11. května 2011

Jiřina Minářová

Obsah

1	ÚVOD	1
2	SUBJEKTY POSKYTUJÍCÍ NEMOCNIČNÍ PÉČI	3
2.1	VYMEZENÍ VYBRANÝCH ZÁKLADNÍCH POJMŮ	4
2.2	ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ POSKYTUJÍCÍ NEMOCNIČNÍ PÉČI.....	6
2.2.1	<i>Dělení, funkce a role nemocnic</i>	<i>7</i>
2.2.2	<i>Odborné léčebné ústavy</i>	<i>11</i>
2.2.3	<i>Zdravotničtí pracovníci.....</i>	<i>12</i>
2.2.4	<i>Legislativa ve zdravotnictví.....</i>	<i>12</i>
2.3	EKONOMIKA NEMOCNICE.....	13
2.3.1	<i>Hospodaření nemocnic.....</i>	<i>14</i>
2.3.2	<i>Náklady</i>	<i>14</i>
2.3.3	<i>Výnosy</i>	<i>16</i>
2.3.4	<i>Hospodářský výsledek – zisk něco ztráta.....</i>	<i>16</i>
2.3.5	<i>Specifické problémy posuzování zisku nemocnic.....</i>	<i>17</i>
2.3.6	<i>Financování.....</i>	<i>20</i>
2.3.7	<i>Podmínky pro provozování nemocnice.....</i>	<i>23</i>
3	POSKYTOVATELÉ NEMOCNIČNÍ PÉČE V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI.....	25
3.1	ZÁKLADNÍ ÚDAJE O MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI.....	26
3.2	ZDRAVOTNÍ STAV OBYVATELSTVA V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI	26
3.3	NEMOCNICE V MSK	27
3.3.1	<i>Příspěvkové organizace krajů a obcí</i>	<i>28</i>
3.3.2	<i>Akciová společnost</i>	<i>30</i>
3.3.3	<i>Společnost s ručením omezeným</i>	<i>31</i>
3.3.4	<i>Státní nemocnice</i>	<i>31</i>
3.4	NEMOCNICE DLE JEJICH ZŘIZOVATELŮ ČI VLASTNÍKŮ	32
4	DOSTUPNOST NEMOCNIČNÍ PÉČE V OKRESECH MORAVSKOSLEZSKÉHO KRAJE.....	34
4.1	DOSTUPNOST PÉČE.....	34
4.2	POČTY LŮŽEK NA ODDĚLENÍCH ZÁKLADNÍCH OBORŮ	34
4.3	SROVNÁNÍ DOSTUPNOSTI NEMOCNIČNÍ PÉČE V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI A OSTATNÍCH KRAJÍCH ČESKÉ REPUBLIKY	37
4.4	SROVNÁNÍ DOSTUPNOSTI NEMOCNIČNÍ PÉČE MEZI OKRESY MORAVSKOSLEZSKÉHO KRAJE	39
5	CHARAKTERISTIKA NEMOCNICE ZŘÍZENÉ MORAVSKOSLEZSKÝM KRAJEM	46
5.1	ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNICI VE FRÝDKU-MÍSTKU, P.O.	46
5.2	HISTORIE NEMOCNICE VE FRÝDKU-MÍSTKU, P.O.	47
5.3	HLAVNÍ ČINNOST A DOPLŇKOVÁ ČINNOST	48
5.3.1	<i>Hlavní činnost</i>	<i>48</i>
5.3.2	<i>Doplňková činnost.....</i>	<i>48</i>
5.4	SROVNÁNÍ DOSTUPNOSTI NEMOCNIČNÍ PÉČE V NEMOCNICI VE FRÝDKU-MÍSTKU, P.O. V LETECH 2005 - 2009	49
5.5	ZÁVAZNÉ UKAZATELE STANOVENÉ MORAVSKOSLEZSKÝM KRAJEM	52
5.6	HOSPODAŘENÍ NEMOCNICE.....	52
5.6.1	<i>Hospodářský výsledek, náklady a výnosy.....</i>	<i>52</i>
6	ZÁVĚR.....	57
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ	61
	SEZNAM ZKRATEK A SYMBOLŮ	
	SEZNAM TABULEK	
	SEZNAM GRAFŮ	
	PROHLÁŠENÍ O VYUŽITÍ VÝSLEDKŮ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	
	SEZNAM PŘÍLOH	

1 Úvod

Zdraví a zdravotní stav patří k nejdůležitějším hodnotám člověka. Tuto skutečnost si však často uvědomujeme, až když je naše zdraví nějakým způsobem narušeno. Výstižně tento fakt vyjádřil Halfdan Mahler, bývalý generální ředitel Světové zdravotnické organizace: „Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví není ničím“ [Holčík, Kaňová, Prudil, 2005, str. 13]. Zdraví a kondice jsou předpokladem spokojeného života a mnohdy nezbytnou podmínkou pro aktivity a životní cíle člověka. Zdraví není jen osobní záležitostí jednotlivce, ale týká se celé společnosti, proto se jím zabývá i zdravotní politika každého státu.

Téma dostupnosti zdravotní péče je proto velmi aktuální. Zajímá nejen příjemce nemocniční péče a její poskytovatele, ale také zdravotní politiky, kteří se snaží najít takovou míru dostupnosti, která by zajistila potřebnou a včasnou zdravotnickou péči, a která by byla zároveň přiměřeně ekonomicky náročná, bez zbytečného plýtvání.

Práce se zaměřuje na dostupnost nemocniční péče na území Moravskoslezského kraje a je rozdělena do šesti kapitol. První kapitolou je tento úvod, poslední kapitolou je závěr.

Druhá kapitola osvětluje některé důležité pojmy týkající se nemocniční péče a dále popisuje z různých pohledů subjekty, jež tuto péči poskytují. Zabývá se nejen typy, rolemi či funkcemi nemocnic, ale také jejich organizačnímu uspořádání. Tuto kapitolu uzavírá ekonomická stránka nemocnice zahrnující náklady, výnosy, hospodářský výsledek i financování nemocniční péče.

Třetí kapitola se zabývá poskytovateli nemocniční péče v Moravskoslezském kraji. Poskytuje základní údaje o Moravskoslezském kraji a stručné informace o zdravotním stavu jeho obyvatelstva. Následuje výčet moravskoslezských nemocnic a popis jejich jednotlivých právních forem.

Další kapitola je již věnována samotné dostupnosti nemocniční péče. Před praktickou analýzou je definován pojem dostupnosti péče v rozsahu potřebném pro tuto práci, která se zabývá fyzickou neboli geografickou dostupností. K širšímu znázornění dostupnosti je uvedeno srovnání MSK s ostatními 13 kraji ČR, po které následuje porovnání dostupnosti uvnitř Moravskoslezského kraje mezi jednotlivými okresy.

Pátá kapitola se věnuje vybrané nemocnici Moravskoslezského kraje, tedy Nemocnici ve Frýdku-Místku, p.o. Zabývá se především její základní charakteristikou, srovnáním dostupnosti její nemocniční péče v letech 2005 - 2009 a také základním ukazatelům hospodaření této nemocnice.

Práce vychází z odborné literatury, legislativních předpisů a informací z webové sítě, dále z podkladů týkajících se hospodářských výsledků poskytnuté Nemocnicí ve Frýdku – Místku, p.o., které jsou dostupné také na jejich webových stránkách.

Hlavním cílem této práce je srovnání fyzické dostupnosti nemocniční péče v základních oborech v Moravskoslezském kraji.

Pro práci jsou stanoveny následující hypotézy:

- 1) Dostupnost nemocniční péče v základních oborech je v Moravskoslezském kraji v porovnání s ostatními kraji průměrná.
- 2) Nejlepší dostupnost nemocniční péče v základních oborech je v okrese Ostrava.

V práci je využívána metoda analýzy vybraných indikátorů fyzické dostupnosti a jejich následná syntéza.

2 Subjekty poskytující nemocniční péči

Zdraví je cennou hodnotou každého člověka. „Zdraví a péče o zdraví patří k základním lidským právům“ [Dolanský, 2008, str. 19]. Údaje o neradostném vývoji zdravotního stavu obyvatelstva byly v Československu v průběhu 70. a 80. let dvacátého století záměrně utajovány. Až po roce 1990, po změně společenského klimatu, se začala odborná veřejnost tímto tématem zabývat a byl sepsán skutečný obraz zdraví naší populace dle jednotlivých skupin poruch zdraví, nemocí a příčin smrti. Začala být také studována a analyzována úloha podmínek a příčin podílejících se na tomto vývoji včetně vlivu socioekonomického systému. Zdravotní politika má zjišťovat a analyzovat rozdíly ve zdravotním stavu také dle různých věkových, sociálních, popř. jinak vymezených skupin [Drbal, 2005].

„Zdravotní politika představuje souhrn politických aktivit, které mají vliv na zdraví a kvalitu života lidí a společenských skupin“. Zahrnuje směry činnosti, které působí na řadu institucí, služeb podpůrných zařízení a také na způsoby úhrady systému zdravotní péče [Gladkij aj., 2003, str. 11]. K hlavním cílům zdravotní politiky patří další prodlužování života včetně zvyšování jeho kvality [Dolanský, 2008], ekvita v přístupu k určitému rozsahu zdravotní péče pro všechny občany, vysoká kvalita zdravotní péče (dobré výsledky a zlepšující se zdravotní stav) a makroekonomická hospodárnost zdravotní péče, která je dosahovaná stanovením žádoucího stavu přijatelné úrovně nákladů vzhledem k úrovni národního důchodu [Gladkij aj., 2003].

Tato kapitola se zabývá nemocniční péčí, jenž je součástí léčebné péče, která je dále subsystémem zdravotní péče. Proto před samotnou nemocniční péčí osvětlí tato kapitola i některé další základní pojmy týkající se péče o zdraví.

2.1 Vymezení vybraných základních pojmů

„**Zdravotnictví** je společenskou soustavou profesionálně odborných institucí, zařízení, orgánů a pracovníků a jim odpovídajících činností, sloužících speciálně k poskytování zdravotní péče s primárním cílem podporovat, zachovávat nebo obnovovat zdraví“ [Dolanský, 2008, str. 91].

Zdravotní péče je souhrnem takových aktivit celé společnosti, jenž preventivně posiluje a ochraňuje zdraví, léčí probíhající onemocnění, snižuje následky nemocí a obnovuje zdraví. Jedná se nejen o zdravotnické služby, jenž poskytuje zdravotnictví, ale také o ekonomické, politické, sociální a kulturně výchovné činnosti vedoucí k péči o zdraví.

Zdravotní péči můžeme podle charakteru činnosti členit na :

- podporu zdraví a výchovu ke zdraví,
- preventivní péči,
- léčebnou péči,
- rehabilitační péči.

Léčebnou péči, která tkví v intenzivní léčbě chorobných stavů, lze dále členit na:

- ambulantní péči,
- nemocniční péči,
- následnou péči [Dolanský, 2008].

Zdraví pak můžeme dle Dolanského [2008, str. 22] chápat jako „optimální stav tělesné, duševní a sociální pohody při zachování všech životních funkcí, společenských rolí a schopností organismu přizpůsobovat se měnícím se podmínkám prostředí“.

Podle Drbala [2005, str. 34] „je zdraví předpokladem osobního rozvoje, splnění osobních ambicí, různých aktivit vedoucích k seberealizaci a ke spokojenosti člověka“. Proto je postavení a úloha jednotlivce v péči o své zdraví zcela dominantní. Veřejná (společenská) hodnota zdraví je jistě velice důležitá, ovšem nesmí vést k pasivnímu postoji k vlastnímu zdraví a k nezodpovědnému využívání „celospolečensky“ poskytované zdravotní péče, jako tomu bylo v podmínkách naší země v období čtyřicetiletého socialistického zdravotnictví.

V roce 1989 tak začala být v souvislosti s reformními kroky ve zdravotnictví spatřována mnohem rozsáhlejší informovanost každého občana za důležitý prvek v odpovědnosti za vlastní zdraví. Pokud je občan patřičně informován, pak má o mnoho větší možnost správně zvolit nejen svůj životní styl, ale také si svobodně zvolit zdravotnického pracovníka, zdravotnické zařízení či způsob kvalifikované péče, kterou pokládá po vzájemné partnerské dohodě za nejvhodnější.

K uplatnění možnosti volby a osobní odpovědnosti každého občana ve vztahu ke svému zdraví by měl být státem stanoven určitý rozsah zákonem zaručené péče i určitá míra solidarity, na jejímž principu je poskytování zdravotní péče hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění [Drbal, 2005].

„**Ekvita** ve zdraví znamená, že v ideálních podmínkách by každý měl mít stejnou příležitost dosáhnout svého plného zdravotního potenciálu – nikdo by neměl být znevýhodněn při jeho dosahování za předpokladu, že existující překážky jsou odstranitelné“ [Dolanský, 2008, str. 38].

Nemoc je nezbytné chápat jako opak zdraví [Dolanský, 2008] a také „nemoc jako objektivní stav, jako subjektivní odraz ve vědomí, jako důvod poskytnutí zdravotnické služby“ [Holčík, Kaňová, Prudil, 2005].

Nemocniční péče je proces, ve kterém se propojují lékařská, sesterská, paramedicínská (nelékařská) a podpůrná péče s hotelovými službami [Gladkij, 1995]. Lůžková neboli ústavní péče by měla být poskytována jen po dobu, jenž je nezbytně nutná. Podle intenzity péče ji dále členíme na péči resuscitační, intenzivní, standardní, dlouhodobou léčebnou symptomatickou a terminální péči.

Primární zdravotní péče je uspokojování základních zdravotních potřeb pomocí odpovídajících preventivních, léčebných, rehabilitačních a podpůrných služeb. Tyto služby jsou situovány v blízkosti bydlišť a pracovišť, musí být všeobecně dostupné, efektivní, účinné, účelné, kulturně a ekonomicky přijatelné [Dolanský, 2008].

V České republice rozeznáváme čtyři odbornosti lékařů primární péče, a to praktický lékař pro děti a dorost, praktický lékař pro dospělé, gynekolog a stomatolog. Lidé se registrují

u lékaře primární péče, kterého si sami zvolí. Přesto, že jsou u nás téměř všichni lékaři soukromí, jejich péče je většinou hrazena z veřejných zdrojů [Gladkij aj., 2003].

Mezi složky primární zdravotní péče patří nejen zdravotní péče poskytovaná zdravotnickými pracovníky, ale také péče v rodině, jednotlivé stupně nemocniční péče, domácí péče, hospicová péče, laická péče či péče dobrovolníků. Doplnují je sociální služby, zejména pečovatelské, prevence, diagnostika, léčba, ošetřovatelství, rehabilitace, LSPP, lékárenská pohotovostní služba a výchova ke zdraví [Dolanský, 2008].

Na primární péči navazuje péče sekundární, která je poskytovaná v nemocnicích (ústavních zařízeních) a péče terciární, jenž poskytují ve fakultních nemocnicích [Holčík, Kaňová, Prudil, 2005].

Sekundární zdravotní péče je poskytována pacientům, které do nejbližšího specializovanějšího ambulantního nebo nemocničního pracoviště zdravotnického systému se specializovanějšími pracovníky a specializovanější technikou odeslal lékař primární péče, pokud není sám schopen diagnosticky či terapeuticky pacientův problém řešit. Zahrnujeme zde např. péči o ženy s komplikacemi v těhotenství a při porodu, radiodiagnostická pracoviště či diagnostiku a léčbu méně běžných a závažných onemocnění [Dolanský, 2008]. Ambulantní péče funguje na principu platby za výkon, nemocniční péče je hrazena výkonovými paušálními platbami [Gladkij aj., 2003].

Terciární zdravotní péči poskytují vysoce specializovaní odborníci ve vysoce specializovaných zařízeních. Jedná se o kardiochirurgická centra, neurochirurgická pracoviště, hemodialýzu, transplantační centra aj.

Terminální péče je poskytována osobám v závěrečných stádiích nemocí [Dolanský, 2008] a znamená „umožnění přirozeného a bezbolestného odchodu ze života“ [Holčík, Kaňová, Prudil, 2005, str.35].

2.2 Zdravotnická zařízení poskytující nemocniční péči

Nemocnice (ústavní péče) „poskytují podle svého rozsahu a vybavení ambulantní a lůžkovou základní, specializovanou, případně vysoce specializovanou diagnostickou a léčebnou péči“ [Dolanský, 2008, str. 94]. “Ústavní péčí se rozumí péče v nemocnicích

a v odborných léčebných ústavech“. Pacienti jsou do ústavní péče, a to jak do nemocnic, tak do ústavních léčebných ústavů, přijímáni především na doporučení ošetřujícího lékaře.“ Tato podmínka nemusí být splněna při přijetí do psychiatrické léčebny“ [Zákon č. 48/1997 Sb.].

2.2.1 Dělení, funkce a role nemocnic

Nemocnice je obvykle formulována jako „lůžkové zdravotnické zařízení, které má licenci k poskytování zdravotní péče, má určitý počet lůžek, organizovaný zdravotnický tým požadované kvalifikace a je schopno poskytovat nepřetržité lékařské a ošetrovatelské služby“ [Gladkij aj., 2003, str. 51].

Dělení nemocnic

Nemocnice se třídí podle několika hledisek:

- 1) Z hlediska průměrné délky ošetrovací doby se nemocnice třídí na nemocnice pro akutní péči, kde průměrná ošetrovací doba jednoho hospitalizovaného pacienta zpravidla nepřesahuje 30 dnů a nemocnice pro dlouhodobě nemocné.
- 2) Z hlediska typu vlastnictví se nemocnice dělí na:
 - nemocnice ve vlastnictví a správě státu, což jsou zejména velké nemocnice - fakultní a univerzitní nemocnice či nemocnice vojenské,
 - veřejné nemocnice ve správě a vlastnictví měst a obcí,
 - soukromé neziskové nemocnice charitativního charakteru ve správě a vlastnictví církví, dobročinných organizací apod.,
 - soukromé nemocnice typu akciových společností, družstev či jiných typů firem, které jsou založené na podnikatelském principu.
- 3) Z hlediska převažujícího druhu péče se nemocnice dělí na všeobecné nemocnice, ve kterých je v různém rozsahu prováděna komplexní diagnostika a léčba nemocí včetně provádění chirurgických výkonů a na specializované nemocnice, které mají v České republice z velké části povahu odborných léčebných ústavů, jako psychiatrické léčebny, léčebny pro léčení respiračních nemocí apod. Ve statistickém výkaznictví je vykazujeme

jako samostatný typ zdravotnických zařízení, což je jednou z velkých překážek při porovnávání rozsahu lůžkového fondu mezi jednotlivými zeměmi, protože v zahraničí jsou tato specializovaná zdravotnická zařízení zahrnována převážně pod lůžkový fond nemocnic [Gladkij aj., 2003; Kala, Kubínek, 2000]. Dále zde patří i závodní nemocnice, které je možné zřídit k poskytování diagnostické a léčebné péče zaměstnancům organizací. Mohou poskytovat zdravotní péči také obyvatelům z přilehlého území, pokud je to provozně možné. Dalšími nemocnicemi s převažujícím druhem péče jsou dětské nemocnice, které lze zřídit podle místních podmínek pro poskytování diagnostické a léčebné péče dětem a dorostu [Vyhláška MZ ČR č. 242/1991 Sb.].

Funkce a činnosti nemocnice

Základní funkcí nemocnic ve zdravotnickém systému je poskytování léčebné péče pacientům, jenž nemohou být léčeni ambulantně. Podstatné činnosti nemocnic jsou činnosti diagnostické a léčebné a dále činnosti patřící do okruhu sekundární a terciární péče.

Vedle základních funkcí mohou plnit nemocnice i další funkce: jsou centrem výchovy budoucích lékařů i těch, kteří si zvyšují kvalifikaci a ostatního zdravotnického personálu, provozují zdravotně výchovnou činnost, jsou nositeli klinického výzkumu aj.

Mezi základní a nezbytné ekonomické činnosti každého nemocničního zařízení počítáme:

- zásobování,
- vlastní poskytování služeb,
- pomocné a obsluhující činnosti,
- výstupní činnosti zdravotnické péče,
- řízení a správu.

Pro plynulý provoz nemocničního zařízení je potřebné neustálé zásobování potřebným zdravotnickým materiálem, jako jsou léčiva, obvazový materiál apod., náhradními díly, dodávkami energií a ostatního nezdravotnického materiálu. Stav a strukturu zásob je nutné evidovat a udržovat na takové úrovni, která zajistí jejich plynulý přísun na jednotlivá oddělení nemocnice.

Pro poskytování zdravotnických služeb není potřebná rozsáhlá ekonomická dokumentace. Jednotlivé výkony se zaznamenávají do specializovaných formulářů, a dle druhu a počtu jsou vykazovány k proplacení příslušné pojišťovně. Toto zúčtování, fakturování a vykazování zdravotní péče na individuálních dokladech probíhá dle smluvních vztahů mezi příslušnou zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením zpravidla měsíčně nebo po kalendářních měsících, a to v závislosti na formulaci uzavřené smlouvy a platné metodiky. Oprávněnost a potřebnost těchto výkonů posuzují revizní lékaři dané zdravotní pojišťovny. Plánování počtu a objemu zdravotnických služeb se musí přizpůsobovat poptávce a musí odpovídat možnostem nemocnice, kapacitě zařízení, počtu zaměstnanců, využitelnému časovému fondu, potřebnému vybavení atd.

Hlavní činnost nemocnice podporují činnosti vedlejší. Mezi ně patří zejména údržba zařízení, praní prádla, zajišťování hygienických podmínek, stravování, péče o dlouhodobý majetek, zajišťování odvozu odpadu, zajišťování bezpečnosti práce, požární ochrany atd. Nemocnice pro tyto účely zřizuje samostatné útvary nebo je zajišťuje dodavatelsky.

Jakým způsobem se výkony zdravotní péče vykazují a fakturují, závisí na obsahu smlouvy, kterou nemocnice uzavřela s konkrétní zdravotní pojišťovnou. Zdravotní pojišťovny se od sebe mírně liší v rozsahu proplácených zdravotnických služeb, ve způsobu placení záloh a lhůtách stanovených pro úhrady.

Všechny činnosti nemocnice usměrňují útvary řízení a správy, kterými jsou odborné ekonomické a jiné útvary zabezpečující správu majetku, řízení lidských zdrojů apod.

Struktura nemocnic

Organizační systém jednotlivých nemocnic se liší, ale základní členění do tří relativně samostatných subsystémů mají v podstatě shodné:

- 1) Pracoviště léčebně preventivní péče zahrnující jednotlivá specializovaná oddělení nebo kliniky členěné dle lékařských oborů, dělící se dále na ambulantní a lůžkovou část a na přístrojová a laboratorní pracoviště, jenž se podílí především diagnostické činnosti na příslušném oddělení. Dále zde patří laboratorní a přístrojová pracoviště poskytující specializované služby všem oddělením, kde se jedná zejména o podporu diagnostiky.

- 2) Pracoviště logistického typu vykonávající různorodé podpůrné činnosti, jenž souvisí s poskytováním léčebné péče a nepřetržitého chodu nemocnice. Patří sem mimo jiné dopravní služba, stravovací provoz, energetika či různé technické služby.
- 3) Manažerská a ekonomicko-správní pracoviště. Vrcholový management nemocnice tvoří ředitel a vrcholoví vedoucí pracovníci nemocnice, do managementu střední úrovně patří např. vedoucí oddělení a vrchní sestry, liniovými manažery jsou vedoucí stanic, staniční sestry apod.. Ekonomicko-správní pracovníci podporují ekonomické řízení nemocnice [Gladkij aj., 2003].

Součástí nemocnice může být lékárna či výdejna léků. Velikost oddělení jednotlivých oborů, jak diagnostické a léčebné péče, tak i jiných útvarů nemocnice se stanovuje dle potřeb péče o zdraví obyvatelstva spádového území [Vyhláška MZ ČR č. 242/1991 Sb.].

Nemocnice jsou v současné době významnou součástí infrastruktury ekonomik vyspělých zemí. Jsou důležitými zdroji pracovních míst a významnými odběrateli mnoha průmyslových podniků. Nemocnice musí podle vzoru hospodářských organizací dobudovat kvalifikované účetnictví i informační soustavu, zavést moderní metody provozu a vytvořit vhodné nástroje řízení kvality, marketingu, rozpočetnictví a kontroly. Kvalitní péče o pacienty musí být rozvíjena na zdravém hospodářském základě. Efektivní vedení nemocnice je pro všechny útvary nemocnice stejně důležité jako odborná medicínská péče.

V posledních letech se ve vývoji nemocniční péče vyskytují některé obecné tendence, jako jsou:

- snahy o optimalizaci lůžkového fondu nemocnic z hlediska kapacit, struktury a celkové efektivity,
- postupné snižování průměrné délky ošetrovací doby, která se u akutních lůžek pohybuje převážně pod úrovní 8 dnů,
- při snižování počtu lůžek dochází k tlaku na obsazení lůžek,
- některé výkony, dříve prováděné v nemocnicích, se přesouvají do ambulantní péče,
- snahy o reprofilizaci lůžkového fondu ve prospěch lůžek pro dlouhodobě nemocné na vrub lůžek akutní péče,
- hledání nových způsobů financování nemocnic motivujících nemocniční týmy k posilování kvality a racionálnímu využívání prostředků,

- podpora zásady dostupnosti potřebné a lékařsky opodstatněné nemocniční péče pro všechny občany, bez ohledu na jejich platební možnosti,
- rozvoj nových technologií a zkoumání jejich účinnosti a efektivnosti,
- probíhají reformy nemocniční péče zaměřené na zvyšování kvality a efektivity [Gladkij aj., 2003].

2.2.2 Odborné léčebné ústavy

Odborné léčebné ústavy poskytují péči dle svého odborného zaměření a koncepcí příslušných medicínských oborů. Podle velikosti a stanoveného zaměření se mohou členit na oddělení či na jiné útvary.

Dělení odborných léčebných ústavů:

- léčebny pro dlouhodobě nemocné poskytují specializovanou ústavní péči zaměřenou v první řadě na ošetrovatelskou a rehabilitační péči o osoby trpící déle trvajících nemocemi,
- léčebny tuberkulózy a respiračních nemocí jsou určeny pro poskytování péče nemocným s plicními nebo mimoplicními a respiračními nemocemi, jestliže jejich stav vyžaduje dlouhodobou ústavní péči,
- psychiatrické léčebny poskytující ústavní péči osobám stíženým duševními poruchami vyžadující specializovanou péči, případně osobám, kterým je uloženo povinné léčení,
- rehabilitační ústavy poskytující specializovanou ústavní péči nemocným se stanovenými poruchami hybnosti nebo poruchami jiných funkcí,
- další odborné léčebné ústavy poskytující specializovanou ústavní péči, zřízené podle potřeb rozvoje péče o zdraví,
- lázeňské léčebny poskytující nemocným speciálně zaměřenou ústavní i ambulantní léčebnou péči s využitím především přírodních léčivých zdrojů nebo klimatických podmínek,
- ozdravovny pro děti a dospělé jsou zdravotnická zařízení poskytující osobám ohroženým na zdraví nebo osobám v rekonvalescenci ústavní péči za lékařského dozoru a odborného vedení s využitím klimatických podmínek a s dodržováním potřebné životosprávy,

- sanatoria jsou zdravotnická zařízení poskytující potřebné léčení a dodržování náležité životosprávy mimo pracovní dobu občanům s ohroženým nebo narušeným zdravím [Vyhláška MZ ČR č. 242/1991 Sb.].

2.2.3 Zdravotničtí pracovníci

Pracovníci v nemocnicích jsou specifickou skupinou s odborným zdravotnickým vzděláním. Mezi pracovníky s vysokoškolským vzděláním patří lékaři, farmaceuti, stomatologové, psychologové, bakaláři a magistři ošetrovatelství atd.

Pracovníky se středoškolským vzděláním s maturitou jsou všeobecná sestra, dětská sestra, porodní asistentka, zdravotnický záchranář, rehabilitační pracovník, zdravotnický laborant, asistent hygienické služby, radiologický laborant, farmaceutický laborant, oční optik, ortopedický protetik, ergoterapeut, fyzioterapeut, dietní sestra, sestra pro péči o dítě, sestra pro psychiatrii, sestra pro intenzivní péči.

K pracovníkům s nižším vzděláním patří ošetrovatelka, charitativní ošetrovatelka, zubní instrumentářka, masér, záchranář, pěstounka, dezinfektor, laboratorní pracovník, pitevní laborant. Pomocným pracovníkem je sanitář.

V nemocnici jsou také pracovníci bez odborného zdravotnického vzdělání, a to ekonomové, právníci, inženýři, programátoři, dokumentaristé, technici, a pomocné síly jako kuchařky, uklízečky, pracovníci v dopravě, v prádelně, atd. [Dolanský, 2008].

2.2.4 Legislativa ve zdravotnictví

Poskytování a kontrola zdravotní péče se řídí celou řadou právních předpisů různé právní síly, a to zákony v platném znění, vyhláškami, nařízeními vlády či instrukcemi Ministerstva zdravotnictví České republiky.

Základ práva v České republice tvoří Ústavní zákon č. 1./1993 Sb., Ústava České republiky, dále Listina základních práv a svobod č.2/1993 Sb. spolu s dalšími ústavními zákony a mezinárodní smlouvy dle čl. 10 Ústavy České republiky [Dolanský, 2008]. Nejdůležitější právní předpisy v oblasti zdravotnictví jsou uvedeny v příloze 1.

2.3 Ekonomika nemocnice

Principy fungování nemocnice

Zdravotnické zařízení (instituci) musíme pojmát také jako firmu, protože v ní probíhají mimo jiné také ekonomické jevy a procesy, jenž mají dopad na ekonomiku dané zdravotnické instituce.

Pokud se oprostíme od určitých specifických způsobů řízení a rozhodování ve zdravotnických institucích, vycházejících z vlastních principů zdravotnictví, tedy etických, psychologických nebo sociálních faktorů poskytování zdravotnické péče, potom se jakákoliv zdravotnická instituce v ničem neliší od základních principů fungování firmy.

Příkladem této skutečnosti je následující analýza zdravotnické instituce jako systému, který sestává ze:

- 1) vstupů, kterými jsou lidé (příjem a evidence pacientů, zaměstnanci, zákazníci, klienti), věcný kapitál: hmotný (přístroje, budovy, zařízení) a nehmotný (know-how, licence, software, ocenitelná práva) a finanční kapitál (peníze),
- 2) transformace, což je samotný proces zdravotnické péče zabývající se záznamy zdravotního stavu, četností evidence, měřením zdravotního stavu, tedy lékařskými a zdravotnickými výkony, poskytováním zdravotnických služeb, statistikou atd.,
- 3) výstupů, tedy systému propouštění pacientů, výstupních záznamů a povinností a systému receptů, vydávání léků apod., neboli dokončení procesu zdravotnické péče,
- 4) zpětné vazby, kde se jedná o sledování procesu zdravotnické péče zahrnující např. kontrolu zdravotního stavu po poskytnutí zdravotní péče, po propuštění z nemocnice, kontroly nemocenské, kontroly ochrany a bezpečnosti zdraví či kontroly prováděné státní hygienickou stanicí, preventivní prohlídky a opatření, řešení mimořádných stavů apod.

Důležité ekonomické okolí:

- základní a obecná legislativa státu,
- zdravotnická legislativa,
- zdravotnické instituce, jejich vazby a vztahy,

- existence konkurence,
- dodavatelé, tzn. způsoby zdravotnického zásobování
- speciální služby, jako opravy zdravotnických zařízení, jejich organizace, dostupnost, čekací doba apod.,
- postavení a ekonomická situace zdravotních pojišťoven,
- četnost, struktura potenciálních a skutečných pacientů dle věku a dalších ukazatelů,
- zdravotní faktory příslušné lokality,
- zdravotní situace, jako např. epidemie a další faktory.

2.3.1 Hospodaření nemocnic

Z výše uvedeného příkladu analýzy zdravotnické instituce jako systému je patrné, že se z ekonomického hlediska chová nemocnice jako každý jiný hospodářský systém, ve kterém jsou na vstupu vynakládány běžné provozní a investiční náklady a na výstupu jsou za poskytnuté zdravotnické služby fakturovány výnosy. Rozdíl mezi výnosy a náklady pak tvoří hospodářský výsledek. Avšak hospodaření nemocnic je ještě ovlivněno specifickými faktory, které je od čistě komerčních firem odlišují. Mezi komerčními subjekty je ekonomická směna oboustrannou výměnou hodnot, založenou na dohodě nebo akceptaci služby za smluvní ceny. Zdravotní péče je poskytována především dle etických norem a norem regulujících nejen ekonomické vztahy.

Každou zdravotnickou instituci je možné považovat za komplex složený ze souboru různých prvků mezi nimiž jsou formální a v případě lidí neformální vztahy. Prvky a jejich vzájemné vazby musí vést a směřovat k dosažení společného cíle.

2.3.2 Náklady

Náklady představují peněžní vyjádření spotřeby věcných prostředků a práce. Náklad je penězi vyjádřenou částkou, která se musí vynaložit, aby byly získány výnosy. Náklady jsou důležitým ekonomickým ukazatelem vyjadřujícím ekonomickou efektivitu firmy, kdy stav a především pohyb nákladů charakterizuje hospodárnost. Úkolem managementu nemocnice je ovlivňovat náklady žádoucím směrem. Řízení nákladů proto vyžaduje podrobné znalosti nejen o jejich absolutní výši, ale také o jejich struktuře, místech vzniku a možnostech vyloučení či snížení. Náklady se řídí podle různých hledisek, například:

a) podle druhu na materiálové, mzdové a finanční náklady, dále na odpisy, výrobní režii, správní režii apod.

Toto hledisko je možné označit také jako hledisko kalkulační či účetní, neboť se náklady v tomto členění zobrazují jak při sestavování kalkulací, tak při účetním vyčíslení. Tyto náklady se z účetního hlediska kumulují a v účetním výkaze „výkaz o zisku a ztrátě“ zobrazují jako náklady provozní, finanční a mimořádné. Stejným způsobem jsou v účetním výkaze členěny také výnosy.

b) podle účelu na náklady přímé a nepřímé.

Přímé náklady lze stanovit přímo a přesně na kalkulační jednici (na pacienta, na oddělení, na kliniku apod.), což je možné např. u materiálu nebo mezd zaměstnanců. Nepřímé (režijní) náklady nelze stanovit přímo na kalkulační jednici, ale musí se určitými metodami, např. průměry, rozpočítat na celkový počet výstupů. K nepřímým nákladům patří např. použití energie (výrobní režie) nebo poplatky za telefon (správní režie).

c) podle vztahu nákladů k objemu produkce na náklady stálé (pevné) a náklady proměnné (variabilní).

Výše pevných nákladů (náklady na topení apod.) se nemění v závislosti na objemu činnosti, např. na počtu léčených nebo ošetřených pacientů. Variabilní náklady se mění s rozsahem činnosti, a to buď rovnoměrně (spotřeba přímého materiálu apod.), progresivně (odměny za práci přesčas) či degresivně (přepravné). Fixní náklady jsou často významnou složkou nákladů, u kterých je možná úspora. Ve velkých nemocnicích představují až 75 % celkových nákladů, jedná se převážně o relativně stálé náklady spojené s udržením určitého počtu lůžek, přístrojového vybavení, pracovníků (mzdové náklady) atd.

d) náklady můžeme dále dělit na explicitní a implicitní.

Explicitní náklady jsou takové, které je třeba reálně vynaložit v peněžní podobě na nákup nebo nájem produkčních faktorů. Jsou to např. mzdové náklady, nákup zařízení, nákup materiálu atd. V účetnictví je můžeme zjistit jako skutečně vynaložené náklady. Implicitní náklady jsou takové, které se reálně neplatí. Jde o „ušlý příjem“ z produkčních faktorů, které vlastní daný ekonomický subjekt.

Každý ekonomický subjekt má dvě možnosti: buď může se svými výrobními faktory sám vykonávat svou činnost nebo může tyto produkční faktory pronajmout jinému

ekonomickému subjektu) nemocnice např. pronajme na určitou dobu operační sál soukromému lékaři). Implicitní náklady představují tedy alternativní náklady výrobních faktorů ve vlastnictví majitele či provozovatele, zatímco explicitní náklady jsou alternativní náklady používání cizích výrobních faktorů.

Náklady musí pokaždé souviset s výnosy příslušného období. Tato kompatibilita je zajištěna v podvojném účetnictvím tzv. časovým rozlišením nákladů a výnosů.

2.3.3 Výnosy

Výnosy jsou finančně oceněné výkony činností. První výnosy vznikají úhradou zdravotnických služeb. Součástí celkových výnosů mohou být také neprovozní (druhotné) výnosy.

Provozními výnosy jsou především tržby za realizované období (za výkony), respektive příjmy. Rozdíl mezi výnosem a příjmem je dán právním aspektem. Výnos je právem neboli nárokem na příjem, kdežto příjem je realizované právo. **Neprovozními výnosy** jsou zpravidla částky nájemného, příjmy z vkladů apod.

Snahou každého ekonomického subjektu musí být dlouhodobé dosahování zisku. Výnosy by tedy měly být alespoň takové, aby pokryly náklady.

2.3.4 Hospodářský výsledek – zisk něco ztráta

Hospodářským výsledkem se vždy k určitému času vyjadřuje hospodaření ekonomických subjektů. Subjekty, které účtují v jednoduchém účetnictví předkládají zkrácený výkaz o výsledku hospodaření na formuláři daňového přiznání, v České republice tak musí učinit k 31. 3. následujícího roku. Právnícké osoby vzniklé podle obchodního zákoníku a příspěvkové organizace zřízené zakladatelem musí vést povinně podvojně účetnictví s měsíční uzávěrkou. Účetním obdobím je v České republice účetní rok, který se kryje s rokem kalendářním, popř. tzv. hospodářský rok, který musí být povolen Ministerstvem financí ČR. Hospodářský výsledek je rozdíl mezi celkovými výnosy a celkovými příjmy firmy za určité období.

Hospodářským výsledkem může být zisk nebo ztráta. Pokud jsou k danému termínu celkové výnosy vyšší než celkové náklady, pak je hospodářským výsledkem zisk, v opačném případě se jedná o ztrátu. V podvojném účetnictví se sledují také dílčí kategorie zisku nebo ztráty vyplývající z vnitřního členění výnosů i nákladů, a to hospodářský výsledek provozní, finanční a mimořádný. Tomuto členění se věnuje pozornost zvláště při analýze ziskovosti, kde se sleduje, která část hospodářského výsledku působila na jeho celkovou úroveň, zda se např. nejedná pouze o mimořádný výsledek, jenž způsobily mimořádné náklady či výnosy nad stabilní úroveň. Analýza hospodářského výsledku patří mezi základní činnosti a povinnosti každého odpovědného manažera nebo vlastníka.

Zisk představuje kritérium pro rozhodování o všech podstatných otázkách, týkajících se činnosti ekonomického subjektu, o jeho struktuře a množství aktivit, o investicích, inovacích, nárůstu mezd apod. Zisk je předpokladem pro tvorbu dalších zdrojů, investic a technického rozvoje.

Firma jako systém maximalizuje zisk pokud maximalizuje rozdíl mezi objemem výstupů a vstupů v peněžním vyjádření. **Maximalizace zisku** je možná dvěma směry, a to:

- snižováním nákladů a hledáním úspor, zaváděním nových opatření či uplatňováním technického pokroku, který vede ke zvyšování produktivity práce a tedy ke snižování nákladů,
- maximalizací výnosů.

V úsilí o maximalizaci zisku se firma setkává se stejnou snahou svých konkurentů. V podmínkách dokonalé konkurence je zvyšování příjmů poměrné ke zvyšování objemu činnosti, avšak v podmínkách nedokonalé konkurence, která je i v České republice, může v určité hranici vést i růst objemu činnosti k poklesu příjmů. Firma tak nemusí brát v úvahu vždy ziskovost jednotlivých druhů služeb nebo produktů, ale bere v úvahu především kategorii celkového zisku firmy. Pro trvalou existenci firmy, jejího rozvoje a prosperity by se neměla firma snažit jen o maximalizaci zisku, ale spíše o trvalé dosahování dlouhodobé ziskovosti.

2.3.5 Specifické problémy posuzování zisku nemocnic

Úspěšnost ryze obchodních, výrobních a dalších ekonomických subjektů je posuzována především dle výše zisku či ztráty. Na tyto ekonomické parametry je však v případě nemocnic nutné pohlížet poněkud šířeji než je obvyklé v jiných oblastech národního

hospodářství. Čistě ekonomický zájem poskytovatele nemusí být v daných legislativních podmínkách shodný se zájmem pacienta či celé společnosti. Při čistě ekonomicky nasazených parametrech mohou být prováděny nadbytečné výkony pouze z důvodu dobrého ekonomického ohodnocení, naopak drobné preventivní zásahy s nízkým příjmem mohou být zanedbávány. Ve zdravotnictví rozlišujeme hospodaření tří typů subjektů, kterými jsou:

a) hospodaření soukromých subjektů – fyzických osob

Tyto zdravotnické subjekty pracují na bázi samofinancování, vedou převážně jednoduché účetnictví a jsou poplatníky daně z příjmu fyzických osob. V režimu fyzických osob pracuje řada zdravotnických subjektů a jejich hospodaření je vcelku ekonomicky úspěšné. Jedná se vždy o soukromé poskytovatele zdravotnických služeb, jimiž jsou např. soukromí odborní lékaři v oborech stomatology, gynekologie, ORL aj. a soukromí všeobecní praktičtí lékaři pro děti a dorost či pro dospělé.

b) hospodaření soukromých subjektů – právnických osob

Základní ekonomické principy poskytování zdravotnické péče se při tomto kolektivním výkonu poskytovatelů, kteří jsou spojeni různými ekonomickými a právními vazbami v závislosti na zvolené právní formě existence právnické osoby od sebe liší zejména ve způsobu rozdělování zisku (nebo úhrady ztráty), velikosti a způsobem ručení za závazky právnické osoby i ekonomickými charakteristikami vedení účetnictví a platby daně z příjmu. Právnické osoby musí být zapsány v obchodním rejstříku a vést podvojně účetnictví. Každá možná právní forma právnické osoby má své výhody a nevýhody. Oproti fyzickým osobám již bylo zaznamenáno několik konkurzů na zdravotnická ve formě právnických osob [Gladkij aj., 2003]. Jedná se o např. o nemocnice ve formě akciové společnosti či společnosti s ručením omezeným.

c) hospodaření příspěvkových organizací

Ke konci roku 2009 bylo v České republice z celkového počtu 191 nemocnic cca 24 % nemocnic ve formě příspěvkové organizace [ÚZIS, 2010a]. Princip jejich hospodaření se liší od jiných zdravotnických zařízení, které jsou založeny na bázi zisku. Příspěvkovým organizacím poskytuje zřizovatel (ministerstvo zdravotnictví, krajský úřad nebo obec) v rámci svého rozpočtu příspěvek na jejich provoz. Na základě stanoveného limitu výdajů přiděluje zřizovatel také prostředky investiční a neinvestiční. Jedná se o významný,

ne však hlavní zdroj příjmů příspěvkových organizací. Hlavním zdrojem příjmů jsou především finanční prostředky od zdravotních pojišťoven. Dalšími možnými zdroji mohou být např. prostředky získané doplňkovou činností, prostředky z příspěvků a darů od fyzických a právnických osob, prostředky od státních fondů atd.

Zlepšený hospodářský výsledek zůstává příspěvkové organizaci, která jím zpravidla hradí ztráty z minulých let, avšak rozdělení podléhá schválení zřizovatele, který může nařídít odvody. Pro účtování nákladů na zdravotnickou instituci platí jednotná účetní osnova.

Nemocnice bývají často ztrátové a tyto narůstající ztráty v hospodaření příspěvkových organizací se stávají zásadním ekonomickým problémem.

Při posuzování hospodářských výsledků nemocnic je nutné přihlížet k několika zvláštnostem odlišujících nemocnice od čistě komerčních firem:

- 1) Ceny za výkony zdravotnických služeb jsou regulovány. Většina finančních prostředků putuje do nemocnic od zdravotních pojišťoven, které proplácejí nemocnicím za zdravotní služby pevně stanovený paušál.
- 2) Poptávka po zdravotnických službách není v podstatě limitována a omezována cenou zdravotnických výkonů a služeb, avšak za nadstandardní služby se připlácí a některé nestandardní služby, jako např. akupunktura, jsou hrazeny plně pacientem. V oblasti léků je však situace jiná, některé léky musí plně uhradit pojištěnec. Zpravidla však funguje princip, kdy je alespoň jeden bazický lék hrazen plně z pojištění.
- 3) Principem pevných cen je ovlivněna i nabídka zdravotních služeb, protože nemocnice nejsou ekonomicky motivovány ke zvyšování kvality svých služeb, ale spíše ke zvyšování jejich kvantity [Gladkij aj., 2003].
- 4) Zdravotní pojišťovny limitují nemocnice v hospodaření s léčivými přípravky a zdravotnickými prostředky pomocí regulačních omezení dle úhradové vyhlášky MZ ČR č. 396/2010 Sb. Předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky nesmí přesáhnout 98 % referenčního období (porovnávací rok) zdravotnického zařízení, s výjimkou léků a prostředků schválených revizním lékařem. Pokud nemocnice daný limit překročí, sníží jí zdravotní pojišťovna celkovou úhradu o částku, která odpovídá nejvýše 40 % tohoto překročení [VZP, 2011a].

2.3.6 Financování

České zdravotnictví prošlo v historii změnou nejen v pohlížení na vývoj zdravotního stavu obyvatelstva, jak bylo uvedeno výše, ale také ve způsobu financování. Zdravotnictví prošlo složitým vývojem od systému solidárního pojištění zdravotní péče, přes centralizovaný státní systém zdravotní péče a po roce 1989 se znovu vrátilo k výchozímu modelu (došlo k odstátnění a decentralizaci, privatizaci a bylo zavedeno povinné zdravotní pojištění – vznikly zdravotní pojišťovny) [Dolanský, 2008].

Financování zdravotnictví je tedy v současnosti v ČR založeno na principu vzájemné solidarity zdravých občanů s nemocnými, který spočívá v přerozdělování prostředků z povinného zdravotního a sociálního pojištění na úhradu zdravotní péče těm, kteří ji potřebují. Pojištěné osoby takto přispívají všem, kteří zdravotnickou péči potřebují. Část peněz putuje do zdravotnictví přímo ze státního rozpočtu (opět od daňových poplatníků) za osoby, které momentálně nemohou do systému zdravotní péče přispívat (např. za nezaopatřené děti, poživatele důchodu z důchodového pojištění, příjemce rodičovského příspěvku, ženy na mateřské a rodičovské dovolené, uchazeče o zaměstnání, osoby pobírající dávky sociální péče z důvodu sociální potřeby, osoby převážně nebo úplně bezmocné, osoby celodenně osobně a řádně pečující alespoň o jedno dítě ve věku do sedmi let věku nebo nejméně dvě děti do patnácti let věku, osoby vykonávající dlouhodobou dobrovolnickou službu či základní (náhradní) službu v ozbrojených silách aj.).

Ceny zdravotnických služeb jsou, jak již bylo výše uvedeno, dány direktivně a jednotně na základě kalkulací nákladů jednotlivých výkonů. Tyto kalkulace sloužící ke zjištění a stanovení zdravotnické služby, provádí nejen samotní poskytovatelé zdravotnické služby, resp. stavovské komory, ale také zdravotní pojišťovny a jsou podkladem pro následující dohodovací řízení, ve kterém se stanoví korunové vyjádření bodů jednotlivých výkonů. Cílem je stanovení takové ceny, která bude akceptovatelná pro všechny účastníky zdravotní péče, tedy jak pro poskytovatele, tak pro konzumenty a plátce.

Kalkulace zahrnují zejména přímé mzdy zaměstnanců, přímý materiál neboli souhrn materiálů, jejichž spotřebu je možné stanovit na jednotlivý výkon (anestetika, jednorázové injekční stříkačky, obvazový materiál atd.), odpisy dlouhodobého hmotné a nehmotného majetku, režijní materiál (pomocný zdravotnický materiál, čisticí a dezinfekční prostředky atd.), ostatní provozní režie (elektrická energie, vodné a stočné, přepravné, opravy, údržba),

nájemné, správní režie (palivo, cestovné, praní, odvoz odpadu a likvidace biologického odpadu atd.), finanční náklady (sociální, nemocenské a zdravotní pojištění zaměstnanců; povinné pojištění ordinace, lékaře, zaměstnanců, odpovědnosti za škodu provozovatele nestátního zařízení) a zisk.

Administrativní stanovení cen je závislé na změně ekonomických podmínek, proto se musí aktualizovat. Tento princip oceňování výkonů zdravotnických služeb společenskou regulací je specifický pouze pro zdravotnictví [Gladkij aj., 2003].

Schválený výsledek dohodovacího řízení vydá Ministerstvo zdravotnictví ve Věstníku MZ v tzv. úhradové vyhlášce, která je závazná. Kalkulace, respektive korunové vyjádření bodů jednotlivých výkonů stanovené v dohodovacím řízení, však z důvodu této společenské regulace často neodpovídají skutečným nákladům a občas se proti stávajícímu stavu zdravotnická zařízení či zdravotničtí pracovníci brání. Poslední současnou protestní akcí byla stávka nazvaná „Děkujeme, odcházíme“, v níž se lékaři bránili zejména proti svým nízkým platům. Výsledkem je novela úhradové vyhlášky, platící od 1. března 2011, která mimo jiné zaručuje navýšení úhrad na činnost lékařů v lůžkových zdravotnických zařízeních. Tato vyhláška MZ ČR č. 396/2010 Sb. a její dodatek č. 46/2011 Sb., určuje, jakým způsobem bude hrazena nemocniční péče, a to v § 1 a návazně v § 3, odst. 1 a přílohách č. 1 a 9 vyhlášky [VZP, 2011a].

Zdroje finančních prostředků pro nemocnice jsou nejen veřejné, státní, ze všech úrovní správy a z pojištění, ale také sponzorské dary, finance od dobrovolných a dobročinných organizací, soukromých osob, pomoci ze zahraničí atd. Jednotlivé zdravotnické služby mohou být hrazeny částečně pacientem, např. formou spoluúčasti na pojištění, určitou procentní sazbou z ceny výkonu, spoluplatbou; formou pevné částky, pokaždé, když je mu poskytnuta zdravotnická služba; platbou plné částky za výkon, který nehradí pojišťovna. Spoluúčast pacienta není jen příplatkem, např. na brýle, ale jeho finančním podílem na zaplacení určité základní zdravotnické služby, jakou je např. hospitalizace [Holčík, Kaňová, Prudil, 2005].

Financování poskytování zdravotní péče v nemocnicích

Zdravotní péče je v lůžkových zařízeních hrazena:

- paušální sazbou na jednoho ošetřeného pojištěnce v lůžkové péči, ambulanci, dopravě a jiné péči plus položky nad rámec této paušální sazby,

- hodnotou bodu v Kč v odborných léčebných ústavech a léčebnách dlouhodobě nemocných dle příslušné vyhlášky MZ ČR.

Tento způsob platby se uplatňuje u lůžkových zařízení jako úhrada na jeden ošetrovací den, kdy má každý den jiné bodové ohodnocení.

Nemocnice jsou financovány tzv. **paušální platbou**, jejíž výše vychází z úhradové vyhlášky pro daný rok, tedy ze skutečnosti předcházejícího roku dané nemocnice. Tyto paušální platby jsou dány předpokladem, že většina nákladů nemocnic (cca 75 % celkových nákladů) jsou fixní náklady (náklady na topení, elektřinu, vodu, mzdy), které jsou v podstatě stálé, tedy nezávislé na počtech pacientů či prováděných výkonů. Tyto náklady jsou nutné, avšak jejich výše závisí na úrovni cen dodavatelů, kteří jsou často monopolního charakteru. Zdravotní pojišťovny by měly proto zohlednit např. prudké navýšení cen elektřiny či plynu (jde často o poměrně citelné procento).

Další možností je **financování systémem DRG** (diagnosis related groups), kdy se vychází z předpokladu srovnatelných nákladů na léčbu pacienta s obdobnými léčebnými nároky na terapii. DRG představuje určitý počet klasifikačních skupin pro zařazení pacientů s obdobnými léčebnými a ekonomickými parametry. Poruchy zdraví jsou dle ekonomické náročnosti rozděleny do přibližně 500 kategorií, kterým jsou dále přiděleny váhy podle průměrných nákladů (váha 1,00). Platby jsou upravovány s ohledem na provedenou operaci, věk, pohlaví, souběžné nemoci, charakter nemocnice apod. Tato metoda se v poslední době hojně rozšiřuje [Gladkij aj., 2003].

Od roku 2008 jsou dalším příjmem nemocnic, dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, **regulační poplatky**, které zdravotnické zařízení vybralo. Nemocnice jsou povinny použít takto vybrané finanční prostředky na úhradu nákladů spojených s provozem zařízení a jeho modernizací.

V nemocnicích je v současnosti pojištěnec povinen platit tyto regulační poplatky:

- 30 Kč za návštěvu specializované ambulance spojené s klinickým vyšetřením,
- 30 Kč za vydání každého léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, jenž jsou plně nebo částečně hrazeny ze zdravotního pojištění, předepsaného na receptu, a to bez ohledu na počet předepsaných balení (hradí se v lékárně),

- 60 Kč za každý den poskytování ústavní péče na příslušných odděleních nemocnice, přičemž se první a poslední den hospitalizace započítává dohromady jako jeden den,
- 90 Kč za ústavní pohotovostní službu poskytnutou nemocnicí v sobotu, neděli nebo ve svátek a v pracovních dnech v době od 17:00 hod. do 7:00 hod., pokud nebude pojištěnec následně přijat do ústavní péče. Dále za lékařskou službu první pomoci.

Nemocnice jsou povinny tyto regulační poplatky od pojištěnce či jeho zákonného zástupce vybírat, pokud se na pacienta nevztahuje výjimka z placení. Nesmí je však vybírat pokud se jedná o poskytování hrazené péče, která regulačním poplatkům nepodléhá. Pokud nemocnice porušuje vybírací povinnost nebo naopak vybírá regulační poplatky neoprávněně, je pojišťovna oprávněna uložit tomuto zdravotnickému zařízení pokutu.

Regulační poplatky neplatí např. dítě umístěné v dětském domově, ve školském zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, osoba, které je poskytována dávka pomoci v hmotné nouzi, pojištěnec, jenž je povinen podrobit se léčbě infekčního onemocnění atd. Regulační poplatek 30 Kč se neplatí např. jde-li o preventivní prohlídku, těhotné ženy, děti do 18 let věku aj. Regulační poplatek 60 Kč se neplatí při ústavní péči o narozené dítě, ode dne porodu do propuštění, a to v ústavu, ve kterém k porodu došlo, nebo do kterého bylo ze zdravotních důvodů hned po porodu převezeno.

Pro placení regulačních poplatků jsou dány limity, po jejichž překročení a doložení má pojištěnec právo na proplacení částky, o kterou jsou stanovené limity překročeny, u příslušné zdravotní pojišťovny [VZP, 2011b].

Všechny okolnosti, za kterých se regulační poplatky neplatí, limity a další podrobnosti k regulačním poplatkům, jsou uvedeny v příloze 3.

2.3.7 Podmínky pro provozování nemocnice

Zdravotnická instituce působící na území našeho státu musí vycházet z platných právních norem ČR. Kromě Ústavy ČR, resp. Listiny základních práv a svobod, je rozhodující právní normou formulující chování firmy v ekonomickém prostředí obchodní zákoník, tj. zákon č. 513/1991 Sb., vždy dle poslední platné novely [Gladkij aj., 2003]. Finanční hospodaření příspěvkových organizací upravuje zákon č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů [Tománek, 2008]. Péče o zdraví, ochrana

zdraví i právní regulace zdravotnických služeb a činností souvisejících s výkonem zdravotní péče jsou dále usměrňovány obecnými právními normami, jako je občanský zákoník, trestní zákoník, správní zákon, vyhlášky Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva práce a sociálních věcí apod.

Možnost působení v oblasti zdravotnických služeb je dále založena na speciálních podmínkách, které jsou dány především požadavky státu na výkon zdravotní péče, jejíž poskytování je velice citlivou záležitostí, jež vyžaduje vysokou odbornost, kvalifikovanost a humánní přístup k nemocným a trpícím lidem. Tyto specifické podmínky regulují z odborného a etického hlediska stav a vývoj poskytování zdravotnických služeb, na něž pak navazují obecně ekonomické předpoklady pro existenci zdravotnické instituce.

K hlavním požadavkům a podmínkám patří např. schválení ordinačních a dalších prostor hygienickou stanicí, schválení personálního a technického vybavení Českou lékařskou komorou, registrace a schválení dané zdravotnické instituce příslušným zdravotním radou (vedoucím odboru zdravotnictví místně příslušného krajského úřadu), uzavření smluv s určitým okruhem zdravotních pojišťoven (s pojišťovnami, kde jsou v rozhodující míře pojištění pacienti daného lékaře), lékaři, zdravotní sestry, instrumentářka a další zdravotnický personál, musí mít uzavřeno tzv. profesní pojištění (pojištění odpovědnosti za škody) u některé komerční pojišťovny nabízející toto pojištění.

Další podmínky a požadavky jsou obecné a vyplývají z hospodářské legislativy ČR. Je to např. přidělení IČO zdravotnické instituci, registrace zdravotnické instituce u místně příslušného finančního úřadu, otevření běžného účtu u bankovní instituce atd.

Splnění předepsaných podmínek a požadavků pro zahájení a provoz zdravotnické instituce je nutné pro vykazování ekonomických jevů a procesů stejně jako u běžné firmy [Gladkij aj., 2003].

3 Poskytovatelé nemocniční péče v Moravskoslezském kraji

Tato kapitola se zabývá poskytovateli nemocniční péče v Moravskoslezském kraji (dále MSK). S ohledem na zadání práce se zaměřuje pouze na poskytovatele lůžkové péče v základních oborech. Ambulantní péče, ačkoli ji nemocnice poskytují, není s ohledem na širokou konkurenci v této práci analyzována.

Základními obory akutní péče jsou:

- vnitřní (interní) lékařství,
- chirurgie,
- dětské (pediatrické) lékařství,
- gynekologie a porodnictví.

Interní lékařství se zabývá prevencí, diagnostikou, léčbou, rehabilitací, posudkovou činností a výzkumem vnitřních nemocí, které postihují jeden nebo více vnitřních orgánů. Dále se člení především na kardiologii, hematologii, gastroenterologii, hepatologii, nefrologii, diabetologii, endokrinologii, revmatologii a metabolická onemocnění.

Chirurgie se zabývá diagnostikou, prevencí a léčbou chirurgických onemocnění. Do své péče zahrnuje hodně tělesných orgánů i systémů. Pro chirurgii jsou charakteristické chirurgické metody čili operace užívané jak v diagnostice, tak především v léčbě. Základním oborem chirurgie je všeobecná chirurgie, na kterou navazuje celá řada specializací, jako traumatologie, mammologie, hrudní chirurgie, cévní chirurgie, dětská chirurgie, kardiochirurgie, plastická chirurgie, onkochirurgie, gastroenterochirurgie, proktochirurgie, mikrochirurgie, miniinvazivní chirurgie a transplantační chirurgie. Patří zde např. léčba štítné žlázy, žlučníku, kýly, slepého střeva, žaludku, cév či transplantace ledvin, srdce, jater, plic atd.

Pediatric zajišťuje péči dětským a dospívajícím pacientům do 19 let. Zabývá se nejen prevencí, diagnostikou, léčbou, rehabilitací, psychologickou a výchovnou péčí, ale také prostředím, ve kterém dítě a dospívající žije a sociálně právní ochranou dítěte. Řadíme zde dětskou endokrinologii, alergologii, imunologii, diabetologii, revmatologii, gastroenterologii, nefrologii, novorozeneckou péči aj.

Gynekologie a porodnictví zajišťuje prevenci, diagnostiku, léčbu, dispenzarizaci, posudkovou činnost a výzkum gynekologických onemocnění a poruch funkcí ženského pohlavního ústrojí a prsu. Do náplně tohoto oboru tak patří také péče o těhotné, porodnická péče, péče v šestinedělí i léčba neplodnosti aj. [Kala, Kubínek, 2000; MSK, 2003].

3.1 Základní údaje o Moravskoslezském kraji

Moravskoslezský kraj leží na severovýchodě České republiky, kde se rozprostírá na území severní Moravy a Slezska. Na severovýchodě hraničí s polskými vojvodstvími (Slezským a Opolským) a na jihovýchodě s Žilinským krajem na Slovensku. Vnitrostátní hranici tvoří na jihozápadě Olomoucký kraj a na jihu kraj Zlínský. MSK vznikl 1. ledna 2001. Rozkládá se na 5 427 km², to je cca 7 % území České republiky a je rozdělen do 6 okresů, a to Bruntálu, Opavy, Nového Jičína, Ostravy-města, Karviné a Frýdku-Místku. Správním centrem MSK je město Ostrava, které je také třetím největším městem v republice. Kraj tvoří 302 obcí a tímto se řadí k regionům s nejmenším počtem sídel v republice.[MSK, 2010a; MSK 2003]. Na tomto území bylo k 1. 1. 2004 vytvořeno 22 obcí s rozšířenou působností, jejich počet se nezměnil. K 31. 12. 2009 bylo v kraji 1 247 373 obyvatel, z toho 636 376 žen a 610 997 mužů. [ÚZIS, 2010b]. Celková hustota osídlení v kraji tak byla téměř 230 obyvatel na km², čímž byla na 2. místě v ČR. Mezi jednotlivými oblastmi však existují velké rozdíly. Pro region je typická značná koncentrace obyvatel ve městech, kterých je v kraji 39 [MSK, 2003].

3.2 Zdravotní stav obyvatelstva v Moravskoslezském kraji

Zdravotní stav obyvatelstva v Moravskoslezském kraji je sledován na základě povinných hlášení, výkazů a šetření v rámci Národního zdravotnického informačního systému.

K nejdůležitějším ukazatelů zdravotního stavu patří výskyt zhoubných novotvarů, pohlavních a závažných infekčních nemocí, hlášená tuberkulóza, onemocnění diabetem, onemocnění dospělých, dětí a dorostu evidovaných u praktického lékaře a alergologických ambulancích, vrozené vady, pracovní neschopnost pro nemoc a úraz, nemoci z povolání, duševní onemocnění a psychiatrická vyšetření v ambulancích a důvody hospitalizace.

V roce 2009 bylo v nemocnicích ČR hospitalizováno 268 439 pacientů bydlících V MSK z toho bylo 55,7 % žen. Nejčastější příčinou hospitalizace pacientů byly nemoci

oběhové soustavy (15,3 %), dále nemoci trávicí soustavy (9,4 %) a novotvary (8,4 %). Průměrná ošetrovací doba činila 6,5 dne.

Zhoubné novotvary patří k nejzávažnějším onemocněním a jejich výskyt má stále rostoucí trend. V roce 2007 měl největší výskyt nově hlášených onemocnění zhoubnými novotvary na 100 000 mužů okres Bruntál 891,0 (průměr za kraj byl 726,5 a za ČR 762,7), výskyt onemocnění na 100 žen byl největší v okresech Ostrava 707,9 a v Bruntále 707,4 (průměr za kraj byl 642,8 a za ČR 714,3). Poměr hlášených onemocnění zhoubnými novotvary byl 52 % mužů a 48 % žen. Nejčastější byly zhoubné novotvary kůže. Druhé nejčastější byly u mužů zhoubné novotvary prostaty a u žen zhoubné novotvary prsu [ÚZIS, 2010c].

3.3 Nemocnice v MSK

Na území Moravskoslezského kraje poskytovalo k 31. 12. 2009 lůžkovou a ambulantní péči celkem 18 nemocnic viz tab. 3.1. Z 6 666 lůžek bylo 6 358 lůžek evidováno pro akutní péči (včetně 815 lůžek pro děti) a 308 lůžek pro následnou péči [ÚZIS, 2010c].

Tab. 3.1 Zdravotnická zařízení poskytující nemocniční péči v Moravskoslezském kraji, k 31. 12. 2009

okres	město	název nemocnice
Bruntál	Bruntál, Rýmařov	Podhorská nemocnice a.s.
	Krnov	Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, p.o.
Opava	Opava	Slezská nemocnice v Opavě, p.o.
Nový Jičín	Odry	Městská nemocnice v Odrách, p.o.
	Nový Jičín	Nemocnice s poliklinikou v Novém Jičíně, p.o.
	Bílovec	Bílovecká nemocnice, a.s.
Ostrava-město	Ostrava	Fakultní nemocnice Ostrava
	Ostrava	Městská nemocnice Ostrava, p.o.
	Ostrava	Vítkovická nemocnice, a.s.
Karviná	Bohumín	Bohumínská městská nemocnice, a.s.
	Karviná	Karvinská hornická nemocnice a.s.
	Český Těšín	Nemocnice Český Těšín a.s.
	Havířov	Nemocnice s poliklinikou Havířov, p.o.
	Karviná	Nemocnice s poliklinikou Karviná-Ráj, p.o.
Frýdek-Místek	Frýdek-Místek	Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o.
	Třinec	Nemocnice Podlesí, a.s.
	Třinec	Nemocnice Třinec, p.o.
	Třinec	CNS-CENTRUM TŘINEC s.r.o.

[MSK, 2009]. Vlastní zpracování.

Na území MSK působí nemocnice ve formě příspěvkových organizací (9), akciových společností (7), společnosti s ručením omezeným (1) a státní (1). Nejdůležitější informace o jednotlivých formách popisují následující podkapitoly.

Nemocnic ve formě příspěvkové organizace je v MSK většina. Jde o příspěvkové nemocnice územních samosprávných celků (obcí i kraje).

3.3.1 Příspěvkové organizace krajů a obcí

Příspěvková organizace (dále PO) je právnickou osobou, která vzniká i zaniká rozhodnutím zřizovatele. Kraj či obec ji zřizuje pro takové činnosti, které jsou většinou neziskové a pro jejichž rozsah, strukturu a složitost je nutná samostatná právní subjektivita. PO se zapisuje do obchodního rejstříku a zřizovatel vydá o vzniku PO zřizovací listinu.

Zřizovací listina

Zřizovací listina obsahuje název zřizovatele, název a sídlo PO, IČO, vymezení hlavního účelu činnosti, označení statutárních orgánů, vymezení majetku a majetkových práv, okruhy doplňkové činnosti navazující na hlavní účel PO (zřizovatel jí povolí k tomu, aby mohla PO lépe využívat všechny své hospodářské možnosti i odbornost svých zaměstnanců. Tato činnost však nesmí narušovat plnění hlavních účelů organizace a sleduje se odděleně) a vymezení doby, na kterou je organizace zřízena.

Hospodaření PO

PO hospodář s peněžními prostředky získanými vlastní činností, přijatými, z rozpočtu svého zřizovatele, dále s prostředky svých fondů, s peněžními dary fyzických a právnických osob včetně prostředků ze zahraničí apod.

Zřizovatel poskytuje příspěvek na provoz své organizace zpravidla v návaznosti na výkony či jiná kritéria jejich potřeb. Příspěvek se většinou stanoví jako rozdíl mezi předpokládanými náklady PO a příjmy z její činnosti. Plánovaný hospodářský výsledek je tak nulový. Pokud PO vytváří ve své doplňkové činnosti zisk, může jej použít pouze ve prospěch své hlavní činnosti.

Skutečný výsledek hospodaření se skládá jak z činnosti hlavní, tak z činnosti doplňkové a od plánovaného nulového se obvykle liší. Celkový výsledek hospodaření pak může být zlepšený (tedy kladný) nebo zhoršený (tedy záporný).

K dosahování co nejlepšího výsledku hospodaření využívá PO peněžních prostředků svých čtyř fondů, kterými jsou fond odměn, rezervní fond, investiční fond a fond kulturních a sociálních potřeb. Zlepšený hospodářský výsledek si PO ponechává a rozděluje jej podle stanovených zásad do fondu odměn a do rezervního fondu.

Peněžní fondy PO

Rezervní fond slouží k rozvoji činnosti organizace, k úhradě ztráty předchozích let, k úhradě případných sankcí za porušení rozpočtové kázně a k časovému překlenutí rozdílu mezi výnosy a náklady. Je vytvořen ze zlepšeného výsledku hospodaření a jeho výši musí schválit zřizovatel. Zdrojem tohoto fondu mohou být i dary a nespotřebované prostředky z předcházejícího roku. Se souhlasem zřizovatele může být část rezervního fondu použita k posílení investičního fondu PO.

Fond odměn je tvořen ze zlepšeného hospodářského výsledku PO a to do výše 80 % zlepšeného hospodářského výsledku, avšak maximálně do výše 80 % limitu na platy. Tvorbu fondu odměn schvaluje zřizovatel. Prostředky z tohoto fondu se hradí odměny zaměstnancům nebo případné překročení prostředků na platy.

Investiční fond je tvořen PO k financování svých investičních potřeb, kterými jsou např. financování investičních výdajů, úhrady investičních úvěrů nebo půjček, k odvodu do rozpočtu zřizovatele (pokud to zřizovatel uložil) či k posílení zdrojů na financování údržby a oprav nemovitého majetku, který PO užívá a je ve vlastnictví zřizovatele. Mezi zdroje financování tohoto fondu patří odpisy, investiční dotace z rozpočtu zřizovatele, investiční příspěvky ze státních fondů, výnosy z prodeje hmotného investičního majetku, dary a příspěvky převody z rezervního fondu. Se souhlasem zřizovatele může PO užít ke krytí svých investičních potřeb také úvěry.

Fond kulturních a sociálních potřeb je určen zaměstnancům PO k zabezpečování jejich kulturních, sociálních a dalších potřeb (příplatky na stravování zaměstnanců, na rekreaci, na odměny při životních i pracovních jubileích, příspěvek k penzijnímu připojištění aj.). Fond je tvořen základním přidělem na vrub nákladů PO z ročního objemu nákladů na platy a mzdy, a to ve výši 2 %.

Zřizovatel zpravidla poskytuje své PO prostředky na její činnost, ale může jí také nařídít odvody, a to v případě, že plánované výnosy PO překračují její plánované náklady (tato situace nastává málokdy), dále když investiční zdroje PO jsou větší než je jejich potřeba (převážně se uskutečňuje formou odvodu z odpisů, které jsou příjmem investičního fondu) nebo v případě, že PO porušila rozpočtovou kázeň) [Tománek, 2008].

Druhou nejrozšířenější formou nemocnic v MSK jsou akciové společnosti.

3.3.2 Akciová společnost

Akciová společnost je kapitálovou osobní společností zapsanou v obchodním rejstříku. Zakládá-li akciovou společnost jedna právnická osoba musí být sepsána zakladatelská listina a v případě, kdy je akciová společnost založená dvěma a více zakladateli, je sepsána zakladatelská smlouva. Zakladatelské smlouva i zakladatelské listiny jsou sepsány formou notářského zápisu a jejich součástí je návrh stanov společnosti.

Základní kapitál

Akciová společnost má základní kapitál, který je rozložen na určitý počet akcií o určité jmenovité (nominální) hodnotě. O poměru upsání akcií se dohodnou zakladatelé společnosti. Základní kapitál musí činit u společnosti s veřejnou nabídkou akcií minimálně 20 000 000 Kč a u společnosti bez veřejné nabídky akcií je minimum základního kapitálu 2 000 000 Kč [Švarcová aj., 2005].

Ručení za závazky společnosti

Akciová společnost ručí za závazky společnosti celým svým majetkem, ale akcionáři za závazky společnosti neručí. Akciová společnost má povinnost vytvářet rezervní fond, sdělovat základní ekonomické výsledky formou ročního účetního auditu a publikovat v médiích zkrácenou formou rozvahu a výsledovku (základní účetní výkazy) [Gladkij aj., 2003].

Zbývající dvě nemocnice MSK jsou jedna ve formě společnosti s ručením omezeným a druhá ve formě státní nemocnice.

3.3.3 Společnost s ručením omezeným

Společnost s ručením omezeným (dále s.r.o.) je kapitálovou osobní společností zapsanou v obchodním rejstříku. Společnost může založit jeden nebo maximálně padesát společníků. V případě založení s.r.o. jednou osobou, musí to učinit formou notářského zápisu, na jehož základě pak žádá o zápis do obchodního rejstříku. Pokud s.r.o. zakládá více společníků, pak se musí všechny právní a ekonomické náležitosti zapsány ve společenské smlouvě, která je také ve formě notářského zápisu. Nejvyšším orgánem společnosti je valná hromada. Společnost zastupují jednatelé.

Základní kapitál

Výše základního kapitálu musí být nejméně 200 000 Kč, výše vkladů jednotlivých společníků může být rozdílná, ale každý společník musí vložit nejméně 20 000 Kč.

Ručení za závazky společnosti

S.r.o. ručí za porušení svých závazků celým svým majetkem, avšak jednotliví společníci ruší za závazky společnosti pouze do výše souhrnu nesplacených částí vkladů všech společníků, kteří jsou zapsáni v obchodním rejstříku.

3.3.4 Státní nemocnice

Zřizovatelem státní nemocnice je Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Tyto nemocnice pracují z hlediska financování podobně jako příspěvkové organizace.

Zdroje získané z vlastní činnosti (např. z pronájmu budov, laboratoří, přístrojů či z prodeje) jsou odváděny zřizovateli. Finance na granty (u fakultních nemocnic s vědeckou a výzkumnou činností) zůstávají k dispozici, avšak vzhledem k nutným finančním se jedná o nepodstatnou částku. Na investiční účet nemocnice je stanoven investiční limit a je pod dohledem ministerstva. Veškeré investice přesahující tento limit, stejně jako překročení částky leasingu vyžadují souhlas ministerstva. Rozsah investic, stejně jako jejich zaměření je v kompetenci vedení dané nemocnice jen na úrovni odpisů a částek do limitu stanoveného ministerstvem.

Rozsáhlejší investice nejsou hrazeny z finančních prostředků nemocnice, ale přímo ze státního, popř. krajského rozpočtu. Vybrané státní nemocnice mohou být tedy financovány nejen zdravotními pojišťovnami, ale také příspěvky ze státního či krajského rozpočtu (převážně však jde jen o doplňující prvek financování) [Gladkij aj., 2003].

3.4 Nemocnice dle jejich zřizovatelů či vlastníků

V MSK se v posledních deseti letech z hlediska vlastnictví nemocnic hodně změnilo. Zásadní změna nastala 1. 1. 2003, kdy se státní příspěvkové organizace zřizované okresními úřady staly příspěvkovými organizacemi kraje. Nyní platí údaje z 31. 12. 2009, kdy nemocniční péči poskytovalo 8 krajských, 1 státní, 3 městské a 6 soukromých nemocnic [MSK, 2010c]:

1) Nemocnice zřizované MSK

- Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, příspěvková organizace
- Slezská nemocnice v Opavě, příspěvková organizace
- Nemocnice s poliklinikou v Novém Jičíně, příspěvková organizace
- Nemocnice s poliklinikou Havířov, příspěvková organizace
- Nemocnice s poliklinikou Karviná-Ráj, příspěvková organizace
- Nemocnice ve Frýdku-Místku, příspěvková organizace
- Nemocnice Třinec, příspěvková organizace

2) Nemocnice založená MSK

- Bílovecká nemocnice, a.s. (MSK je jediným vlastníkem)

3) Nemocnice zřizovaná MZ

- Fakultní nemocnice Ostrava

4) Nemocnice zřizované městem

- Městská nemocnice v Odrách, příspěvková organizace
- Městská nemocnice Ostrava, příspěvková organizace

5) Nemocnice založená městem

- Bohumínská městská nemocnice, a.s.

6) Nemocnice zřizované privátními subjekty

- Podhorská nemocnice a.s.
- Vítkovická nemocnice, a.s.
- Karvinská hornická nemocnice a.s.
- Nemocnice Český Těšín a.s.
- Nemocnice Podlesí, a.s.
- CNS-CENTRUM TŘINEC s.r.o., Privátní psychiatrická a psychosomatická klinika [ÚZIS, 2011].

Až na nemocnici CNS-CENTRUM TŘINEC s.r.o., která se nevěnuje žádnému ze základních oborů, poskytuje každá z vyjmenovaných nemocnic péči v alespoň jednom základním oboru. Jednotlivé nemocnice se zaměřují také na obory specializované, jako např. ortopedie, neurologie, diabetologie, kardiologie, klinická onkologie, oční, urologie, cévní, klinická hematologie, plicní, psychiatrie, traumatologie, infekční, ORL, ARO aj. Podrobnější popis nemocnic v MSK dle jednotlivých okresů je uveden v příloze 2.

4 Dostupnost nemocniční péče v okresech Moravskoslezského kraje

4.1 Dostupnost péče

Dostupnost péče vyjadřuje snadnost či obtížnost dosažení zdravotní péče a je podmínkou pro její spravedlivé poskytování. Dostupnost je formulována jako podíl nebo počet obyvatelstva, u něhož můžeme očekávat návštěvu zdravotnického zařízení, a to za daných překážek čerpání zdravotní péče. Členíme ji dále na:

- **fyzickou neboli geografickou**, jenž se týká příjemce zdravotní péče. Je vyjádřením rozsahu, ve kterém může být daná zdravotnická služba poskytnuta určitému pacientovi nebo komunitě jako celku. Podstatná je zde distribuce zdravotnických služeb v terénu, tedy vzdálenost od zdroje péče,
- **finanční neboli ekonomickou**, kde je hlavním faktorem schopnost pacienta uhradit poskytnutou péči. Patří zde náklady na zdravotní péči, typ pojištění a spoluúčast pacienta apod.,
- **časovou**, kde je hlavním faktorem rychlost dosažení zdravotní péče, tedy čekací doby na dané vyšetření či zákrok,
- **organizační neboli administrativní**, kde se podstatný vstup do specializované péče na základě doporučení praktického lékaře nebo podle spádové oblasti,
- **sociokulturní**, zohledňující vzdělání, etnickou příslušnost, náboženské normy, jazykové problémy apod. [Gladkij, 1995; Dolanský, 2008].

Indikátory fyzické dostupnosti mohou být např. počet lůžek na 1 000 obyvatel, počet lékařů dané odborné péče na 100 obyvatel apod. [Gladkij, 1995].

4.2 Počty lůžek na odděleních základních oborů

V každém okrese MSK byly ke dni 31. 12. 2009 zastoupeny všechny základní obory zdravotní péče. Tato péče byla poskytována na celkem 3 523 lůžkách. Na odděleních interny to bylo 1 434 lůžek, na odděleních pediatrie 575 lůžek, na gynekologii 521 lůžek a na chirurgickém oddělení bylo k dispozici 993 lůžek. Podrobný výčet lůžek je uveden v tab. 4.1.

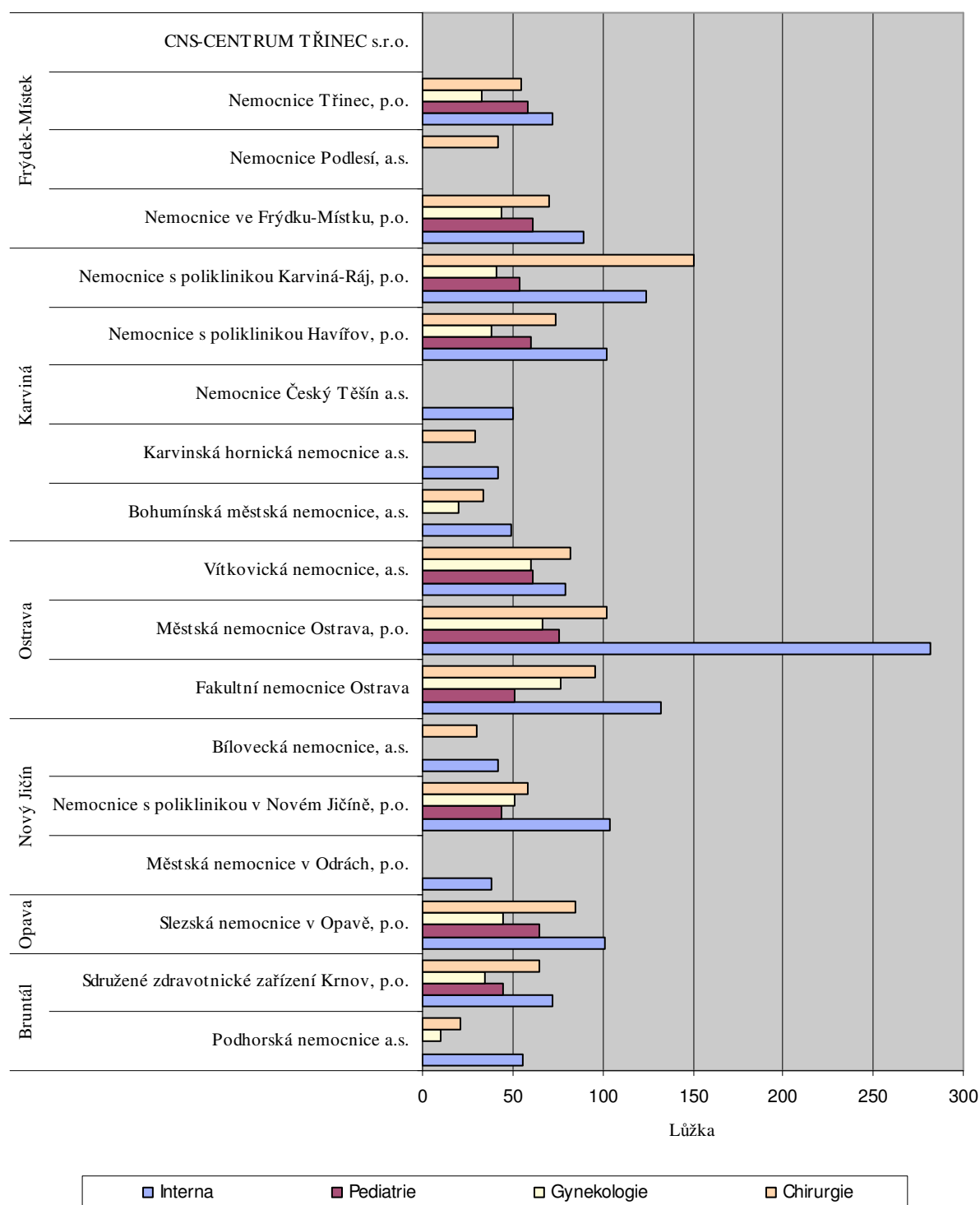
Poměr počtu lůžek základních oborů v jednotlivých nemocnicích je znázorněn v grafu 4.1, ve kterém je patrné rozdílné zaměření daných nemocnic. Např. v oboru interna měla nejvýznamnější podíl Městská nemocnice Ostrava, p.o. Zastoupení všech základních oborů bylo v nemocnicích: Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, p.o., Slezská nemocnice v Opavě, p.o., Nemocnice s poliklinikou v Novém Jičíně, p.o., Fakultní nemocnice Ostrava, Městská nemocnice Ostrava, p.o., Vítkovická nemocnice, a.s., Nemocnice s poliklinikou Havířov, p.o., Nemocnice s poliklinikou Karviná-Ráj, p.o., Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o. a Nemocnice Třinec, p.o.

Tab. 4.1 Počty lůžek na odděleních základních oborů v Moravskoslezském kraji, k 31. 12. 2009

Okres	Nemocnice	Obor			
		Interna	Pediatric	Gynekologie	Chirurgie
Bruntál	Podhorská nemocnice a.s.	56	x	10	21
	Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, p.o.	72	45	35	65
Opava	Slezská nemocnice v Opavě, p.o.	101	65	45	85
Nový Jičín	Městská nemocnice v Odrách, p.o.	38	x	x	x
	Nemocnice s poliklinikou v Novém Jičíně, p.o.	104	44	51	58
	Bílovecká nemocnice, a.s.	42	x	x	30
Ostrava-město	Fakultní nemocnice Ostrava	132	51	77	96
	Městská nemocnice Ostrava, p.o.	282	76	67	102
	Vítkovická nemocnice, a.s.	79	61	60	82
Karviná	Bohumínská městská nemocnice, a.s.	49	x	20	34
	Karvinská hornická nemocnice a.s.	42	x	x	29
	Nemocnice Český Těšín a.s.	50	x	x	x
	Nemocnice s poliklinikou Havířov, p.o.	102	60	38	74
	Nemocnice s poliklinikou Karviná-Ráj, p.o.	124	54	41	150
Frýdek-Místek	Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o.	89	61	44	70
	Nemocnice Podlesí, a.s.	x	x	x	42
	Nemocnice Třinec, p.o.	72	58	33	55
	CNS-CENTRUM TŘINEC s.r.o.	x	x	x	x
CELKEM		1434	575	521	993

[ÚZIS, 2010d; Nemocnice Český Těšín, 2011]. Vlastní zpracování.

Graf 4.1 Znázornění počtu lůžek na odděleních základních oborů podle jednotlivých nemocnic a okresů, k 31. 12. 2009



[ÚZIS, 2010d; Nemocnice Český Těšín, 2011]. Vlastní zpracování.

Tato práce se zabývá fyzickou neboli geografickou dostupností nemocniční péče v okresech Moravskoslezského kraje. K širšímu znázornění dostupnosti je uvedeno i srovnání MSK s ostatními 13 kraji ČR, a to v rámci přepočtu lůžek jednotlivých oddělení základních oborů na 1 000 obyvatel, viz tabulka 4.2. Jedná se tedy o přepočet lůžek na celkový počet obyvatel daného území, což je pro srovnávání nejužívanější veličina.

Pro následující srovnání uvnitř MSK mezi jednotlivými okresy jsou lůžka přepočtena dle kategorií pacientů, kterým daná oddělení poskytují zdravotnickou péči, což dává přesnější informaci o dostupnosti nemocniční péče. Na pediatrickém oddělení to jsou děti od 0 do 19 let (resp. 18 let včetně), na oddělení interním poskytují péči pacientům od 19 let, na gynekologicko-porodnickém oddělení jsou to zpravidla ženy od 15 let, jen chirurgickém oddělení je poskytována péče pacientům jakéhokoli věku. K porovnání rozdílů ve srovnávaných veličinách jsou v tabulkách 4.3, 4.4, 4.5 a 4.6 uvedeny přepočty na celkový počet obyvatel i na počet příslušné kategorie pacientů daného oboru. Veškeré použité údaje jsou k datu 31. 12. 2010.

4.3 Srovnání dostupnosti nemocniční péče v Moravskoslezském kraji a ostatních krajích České republiky

Pro srovnání dostupnosti nemocniční péče mezi MSK a ostatními vyššími územně samosprávnými celky (kraji) ČR, včetně hlavního města Prahy, je použit, jak již bylo výše uvedeno, jeden z indikátorů fyzické dostupnosti, a to počet lůžek jednotlivých oddělení na 1 000 obyvatel (dále lůž./1000 obyv.) viz tabulka 4.2.

V oboru interna se kolem republikového průměru 1,06 lůž./1000 obyv. pohyboval kraj Olomoucký s 1,07 lůž./1000 obyv. a kraj Vysočina společně s hlavním městem Prahou měly v přepočtu 1,03 lůž./1000 obyv. MSK se držel s počtem 1,15 lůž./1000 obyv. nad republikovým průměrem a mezi kraji dosáhl v oboru interna třetího místa v dostupnosti. Dostupnější byly pouze kraj Královéhradecký s 1,28 lůž./1000 obyv. a Plzeňský s 1,36 lůž./1000 obyv.

V oboru pediatrie se MSK držel svými 575 lůžky přesně republikového průměru 0,46 lůž./1000 obyv., avšak v porovnání s ostatními kraji byl až na devátém místě. Nejlepší v dostupnosti nemocniční péče v oboru pediatrie byl kraj Ústecký s 0,67 lůž./1000 obyv., naopak poslední čtrnácté místo patřilo hlavnímu městu Praze s 0,28 lůž./1000 obyv.

V oboru gynekologie byla nemocniční péče MSK na 521 lůžkách, tedy na 0,42 lůž./1000 obyv., v porovnání s ostatními kraji ČR, nejméně dostupná. Naopak prvenství patřilo hlavnímu městu Praha s 0,66 lůž./1000 obyv. Kolem republikového průměru nemocniční péče v oboru gynekologie, tedy 0,54 lůž./1000 obyv., se pohyboval kraj Středočeský s 0,53 lůž./1000 obyv., kraj Královéhradecký s 0,55 lůž./1000 obyv. a kraj Karlovarský s 0,56 lůž./1000 obyv.

V oboru chirurgie je dostupnost nemocniční péče v MSK sice na devátém místě, ale s 0,80 lůž./1000 obyv. se blíží k republikového průměru 0,82 lůž./1000 obyv., jehož přesně dosáhl kraj Jihočeský. Nejlepší dostupnosti docílil v oboru chirurgie s 1,00 lůž./1000 obyv. Karlovarský kraj, naopak nejmenší dostupnost v porovnání s ostatními kraji byla v kraji Pardubickém.

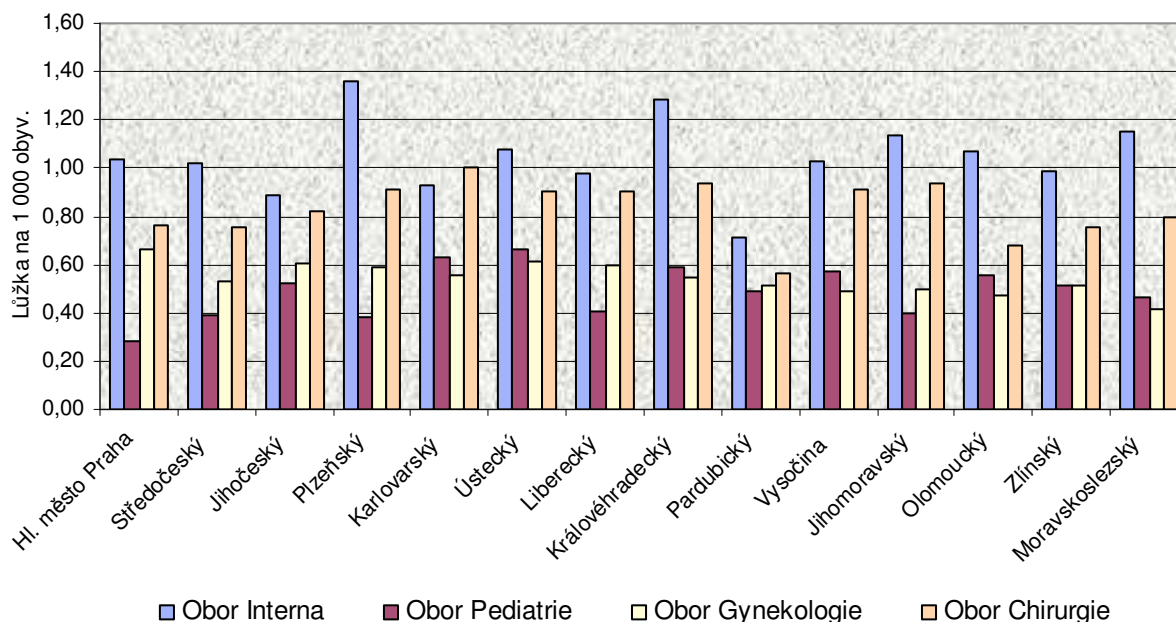
Dostupnost v porovnání mezi všemi základními obory a kraji je znázorněna v grafu 4.2. Nejlepší dostupnosti nemocniční péče bylo dosaženo v Plzeňském kraji v oboru interna a nejhorší dostupnost byla v hlavním městě Praze, a to v oboru pediatrie. MSK se držel v oborech pediatrie a chirurgie kolem republikového průměru, v oboru interna byl nad průměrem, naopak v oboru gynekologie hodně pod průměrem.

Tab. 4.2 Propočty celkového počtu lůžek na odděleních základních oborů na 1 000 obyvatel dle jednotlivých krajů ČR, k 31. 12. 2009

Kraj	Počet obyvatel	Obor			
		Interna	Pediatrie	Gynekologie	Chirurgie
Hl. město Praha	1 249 026	1,03	0,28	0,66	0,76
Středočeský	1 247 533	1,02	0,39	0,53	0,75
Jihočeský	637 643	0,89	0,52	0,61	0,82
Plzeňský	571 863	1,36	0,38	0,59	0,91
Karlovarský	307 636	0,93	0,63	0,56	1,00
Ústecký	836 198	1,08	0,67	0,61	0,91
Liberecký	439 027	0,98	0,41	0,60	0,90
Královéhradecký	554 402	1,28	0,59	0,55	0,93
Pardubický	516 329	0,71	0,49	0,51	0,57
Vysočina	514 992	1,03	0,57	0,49	0,91
Jihomoravský	1 151 708	1,14	0,39	0,49	0,93
Olomoucký	642 041	1,07	0,56	0,47	0,68
Zlínský	591 042	0,98	0,51	0,52	0,76
Moravskoslezský	1 247 373	1,15	0,46	0,42	0,80
Celkem ČR	10 506 813	1,06	0,46	0,54	0,82

[ÚZIS, 2010a]. Vlastní zpracování.

Graf 4.2 Znázornění celkového počtu lůžek na 1 000 obyvatel dle základních oborů a krajů, k 31. 12. 2009



[ÚZIS, 2010a]. Vlastní zpracování.

4.4 Srovnání dostupnosti nemocniční péče mezi okresy Moravskoslezského kraje

Pro srovnání dostupnosti nemocniční péče v jednotlivých okresech MSK je použit také propočet počtu lůžek jednotlivých oddělení na 1 000 obyvatel, avšak tentokrát s ohledem na jednotlivé kategorie pacientů daných oddělení.

Na interních odděleních, viz tabulka 4.3, je poskytována péče pacientům od 19 let. V MSK bylo v této věkové kategorii celkem 990 667 obyvatel. V počtu interních lůžek existovaly mezi jednotlivými okresy znatelné rozdíly. Nejvíce interních lůžek v přepočtu na 1 000 obyvatel věkové kategorie 19 let a více (dále lůž./1000 obyv.19+) měl okres Ostrava s 1,84 lůž./1000 obyv.19+. O tento výrazný podíl se zasloužila především Městská nemocnice Ostrava, p.o. se svými 282 interními lůžky, čímž byla zároveň nemocnicí s nejvyšším počtem interních lůžek v MSK, hned za ní následovala také nemocnice ostravského okresu, a to Fakultní nemocnice Ostrava, se 132 interními lůžky, viz tabulka 4.1. Nejméně přepočtených lůžek měl okres Opava s 0,72 lůž./1000 obyv.19+. Dalším podprůměrným okresem MSK v dostupnosti péče na interním oddělení byl Frýdek-Místek s 0,96 lůž./1000 obyv.19+. Zbývající okresy, jak je patrné z grafu 4.3, byly již nad krajským průměrem 1,45 lůž./1000

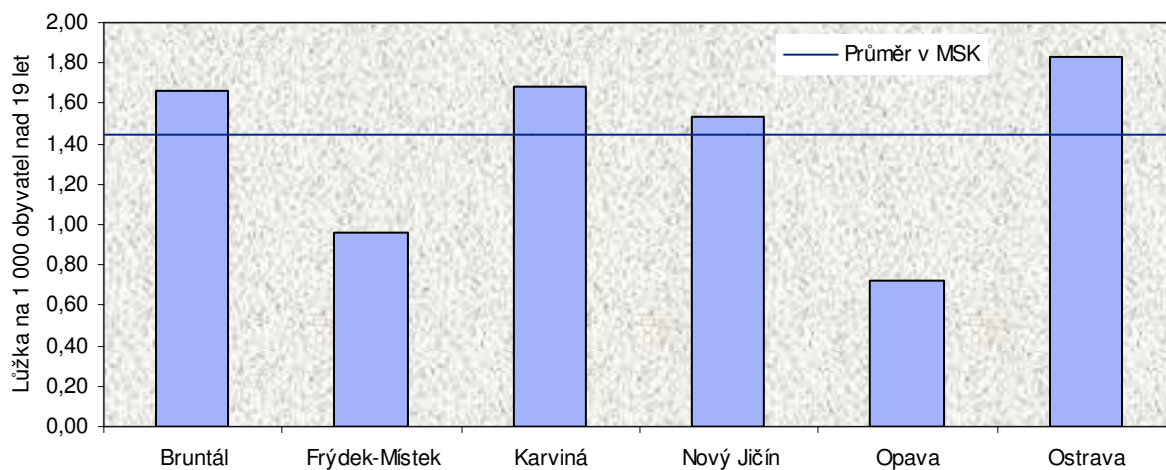
obyv.19+, a to Nový Jičín s 1,54 lůž./1000 obyv.19+, třetí místo v dostupnosti patřilo okresu Bruntál s 1,67 lůž./1000 obyv.19+ a na druhém místě byl okres Karviná s 1,68 lůž./1000 obyv.19+. Všechny okresy, kromě okresu Frýdek-Místek, překračovaly okres Opavu v počtu přepočtených interních lůžek více než dvojnásobně.

Tab. 4.3 *Propočty celkového počtu lůžek na interních odděleních podle jednotlivých okresů MSK a kategorie pacientů, k 31. 12. 2009*

Obor	Interna				
Okres	Celkový počet obyvatel	Počet obyvatel nad 19let	Počet lůžek	Počet lůžek na 1 000 obyvatel	Počet lůžek na 1000 obyvatel nad 19 let
Bruntál	97 633	76 762	128	1,31	1,67
Frýdek-Místek	211 482	167 229	161	0,76	0,96
Karviná	273 137	218 150	367	1,34	1,68
Nový Jičín	152 563	119 641	184	1,21	1,54
Opava	177 133	140 384	101	0,57	0,72
Ostrava-město	335 425	268 501	493	1,47	1,84
Celkem MSK	1 247 373	990 667	1 434	1,15	1,45

[ÚZIS, 2010d; Nemocnice Český Těšín, 2011]. Vlastní zpracování.

Graf 4.3 *Znázornění celkového počtu lůžek oboru interna na 1 000 obyvatel nad 19 let podle jednotlivých okresů, k 31. 12. 2009*



[ÚZIS, 2010d; Nemocnice Český Těšín, 2011]. Vlastní zpracování.

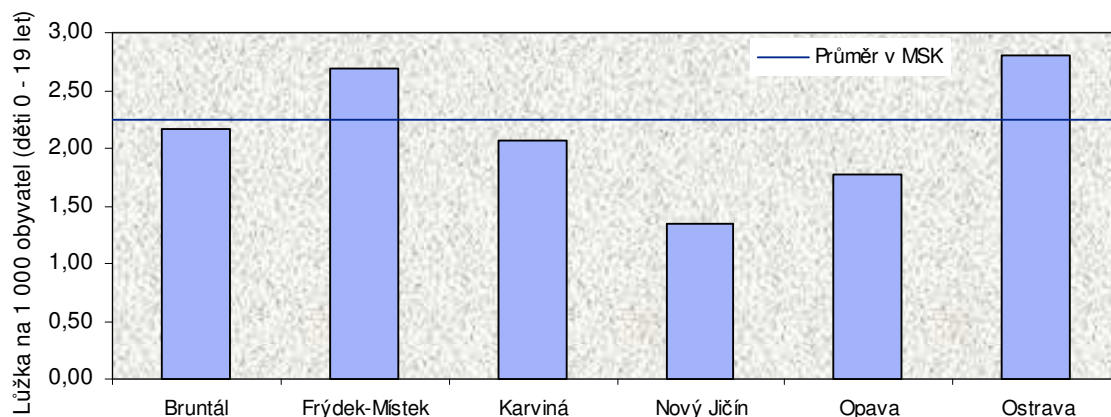
Na pediatrických odděleních, viz tabulka 4.4, je poskytována nemocniční péče dětem od 0 do 18 let včetně. V MSK bylo v této věkové kategorii celkem 256 706 obyvatel. Také v oboru pediatrie byl mezi okresy v počtu přepočtených lůžek velký rozdíl, a to 1,47 dětských lůžek na 1 000 obyvatel věkové kategorie do 19 let (dále lůž./1000obyv.19-) mezi okresem s největším a okresem s nejmenším počtem lůžek. Okres Ostrava s největším počtem dětských lůžek, 2,81 lůž./1000obyv.19-, byl tak v pediatrickém oboru více než dvojnásobně dostupnější než okres Nový Jičín s 1,34 lůž./1000obyv.19-, a tedy nejmenším počtem přepočtených lůžek v MSK. Také okres Frýdek-Místek s 2,69 lůž./1000obyv.19-, jenž byl v dostupnosti pediatrické péče druhý, překračoval okres Nový Jičín v počtu dětských lůžek dvojnásobně. Společně s okresem Nový Jičín byly i okresy Bruntál s 2,16, Karviná s 2,07 a Opava s 1,77 lůž./1000obyv.19-, již pod krajským průměrem, jak znázorňuje graf 4.4. Nejvíce dětských lůžek, v porovnání mezi nemocnicemi MSK, měla Městská nemocnice Ostrava, p.o., a to 76 lůžek, viz tabulka 4.1.

Tab. 4.4 Propočty celkového počtu lůžek na pediatrických odděleních podle jednotlivých okresů MSK a kategorie pacientů, k 31. 12. 2009

Obor	Pediatrie				
Okres	Celkový počet obyvatel	Počet dětí (0-19 let)	Počet lůžek	Počet lůžek na 1 000 obyvatel	Počet lůžek na 1000 obyvatel (dětí 0-19 let)
Bruntál	97 633	20 871	45	0,46	2,16
Frýdek-Místek	211 482	44 253	119	0,56	2,69
Karviná	273 137	54 987	114	0,42	2,07
Nový Jičín	152 563	32 922	44	0,29	1,34
Opava	177 133	36 749	65	0,37	1,77
Ostrava-město	335 425	66 924	188	0,56	2,81
Celkem MSK	1 247 373	256 706	575	0,46	2,24

[ÚZIS, 2010d; Nemocnice Český Těšín, 2011]. Vlastní zpracování.

Graf 4.4 Znázornění celkového počtu lůžek oboru pediatrie na 1 000 obyvatel (děti 0 – 19 let) podle jednotlivých okresů, k 31. 12. 2009



[ÚZIS, 2010d; Nemocnice Český Těšín, 2011]. Vlastní zpracování.

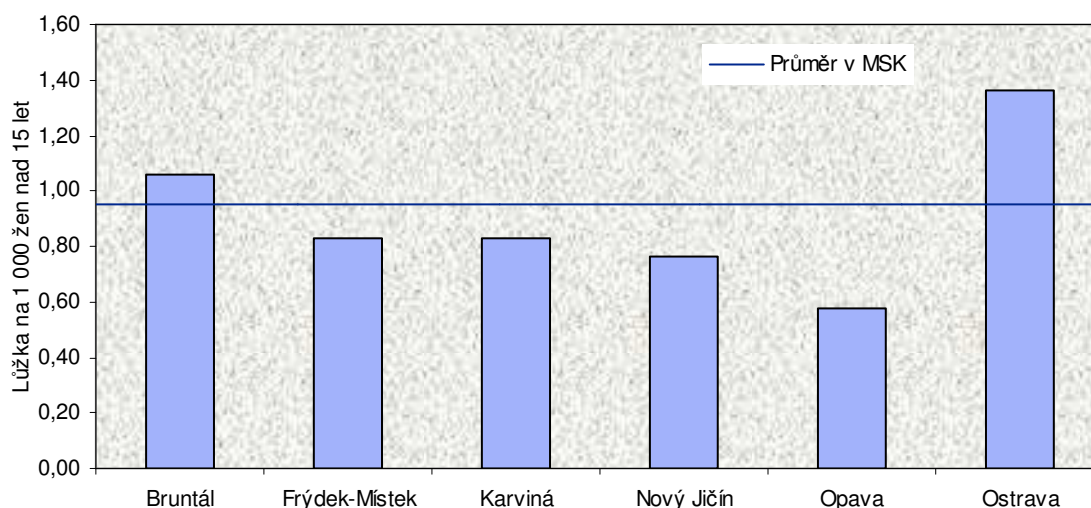
Na gynekologicko-porodnických odděleních, viz tabulka 4.5, je poskytována nemocniční péče především ženám od 15 let. V MSK bylo v této kategorii pacientů celkem 549 554 obyvatel. Výrazně nejlepší dostupnost nemocniční péče, tentokrát v oboru gynekologie, měl opět okres Ostrava, a to s 1,36 lůžky na 1 000 žen ve věku od 15 let (dále lůž./1000 obyv.Ž15+). Okres Ostrava tak více než dvojnásobně překročil okres Opavu, jenž měl nejméně gynekologických lůžek, v přepočtu 0,58 lůž./1000 obyv.Ž15+. Dalším okresem s nízkým počtem lůžek byl okres Nový Jičín s 0,77 lůž./1000 obyv.Ž15+. Okresy Frýdek-Místek a Bruntál se se svými 0,83 lůž./1000 obyv.Ž15+ dělili o třetí (resp. čtvrté) místo. Druhý v dostupnosti nemocniční péče na gynekologických odděleních byl s 1,06 lůž./1000 obyv.Ž15+ okres Bruntál, který se tímto držel, viz graf 4.5, nad krajským průměrem. Nemocnicí s největším nepřepočteným počtem gynekologických lůžek v MSK byla Fakultní nemocnice Ostrava s 77 lůžky, viz tabulka 4.1.

Tab. 4.5 Propočty celkového počtu lůžek na gynekologických odděleních podle jednotlivých okresů MSK a kategorie pacientů, k 31. 12. 2009

Obor	Gynekologie				
Okres	Celkový počet obyvatel	Počet žen nad 15 let	Počet lůžek	Počet lůžek na 1 000 obyvatel	Počet lůžek na 1000 obyvatel (ženy nad 15 let)
Bruntál	97 633	42 581	45	0,46	1,06
Frýdek-Místek	211 482	92 585	77	0,36	0,83
Karviná	273 137	119 923	99	0,36	0,83
Nový Jičín	152 563	66 577	51	0,33	0,77
Opava	177 133	77 889	45	0,25	0,58
Ostrava-město	335 425	149 999	204	0,61	1,36
Celkem MSK	1 247 373	549 554	521	0,42	0,95

[ÚZIS, 2010d; Nemocnice Český Těšín, 2011]. Vlastní zpracování.

Graf 4.5 Znázornění celkového počtu lůžek oboru gynekologie na 1 000 obyvatel (ženy nad 15 let) podle jednotlivých okresů, k 31. 12. 2009



[ÚZIS, 2010d; Nemocnice Český Těšín, 2011]. Vlastní zpracování.

Na chirurgických odděleních, viz tabulka 4.6, je poskytována nemocniční péče všem věkovým kategoriím. V MSK bylo celkem 1 247 373 obyvatel. Největší počet chirurgických lůžek: 287 a zároveň největší počet přepočtených chirurgických lůžek měl okres Karviná s 1,05 lůžky na 1 000 obyvatel (dále lůž./1000obyv.). Okres Karviná tak měl dvakrát více přepočtených lůžek než okres Opava, jenž měl 0,48 lůž./1000obyv, a tedy nejhorší dostupnost nemocniční péče v oboru chirurgie. Okresy Bruntál, Ostrava a Frýdek-Místek se pohybovaly kolem krajského průměru 0,80 lůž./1000obyv. Bruntál byl s 0,88 lůž./1000obyv. v dostupnosti na druhém místě. Graf 4.6 ukazuje, že kromě okresu Opava byl dalším výrazně

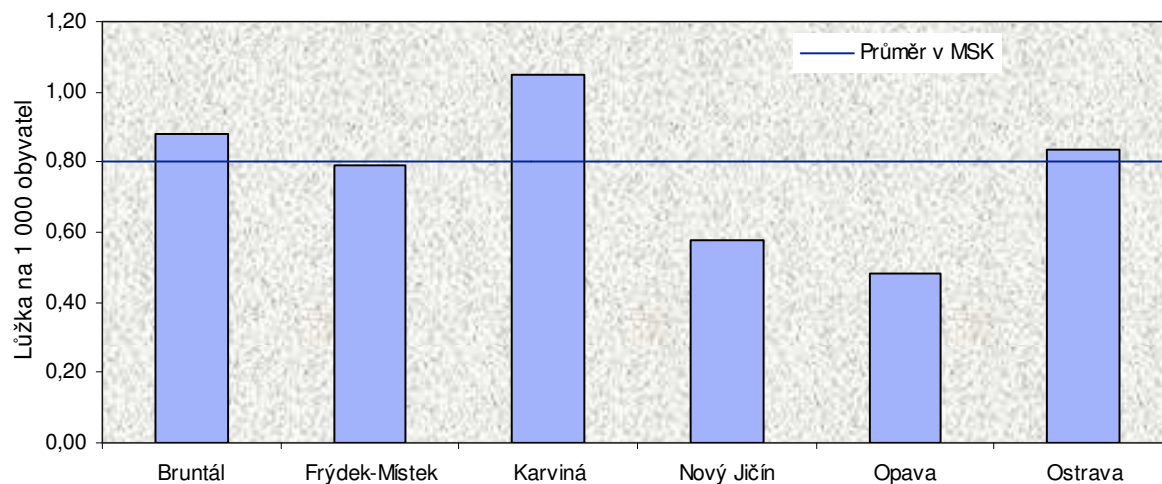
podprůměrným okresem také okres Nový Jičín s 0,58 lůž./1000obyv. Nemocnicí se znatelně nejvyšším počtem chirurgických lůžek v MSK byla Nemocnice s poliklinikou Karviná-Ráj, p.o. se svými 150 lůžky na chirurgickém oddělení, viz tabulka 4.1.

Tab. 4.6 Propočty celkového počtu lůžek na chirurgických odděleních podle jednotlivých okresů MSK a kategorie pacientů, k 31. 12. 2009

Obor	Chirurgie		
Okres	Celkový počet obyvatel	Počet lůžek	Počet lůžek na 1 000 obyvatel
Bruntál	97 633	86	0,88
Frýdek-Místek	211 482	167	0,79
Karviná	273 137	287	1,05
Nový Jičín	152 563	88	0,58
Opava	177 133	85	0,48
Ostrava-město	335 425	280	0,83
Celkem MSK	1 247 373	993	0,80

[ÚZIS, 2010d; Nemocnice Český Těšín, 2011]. Vlastní zpracování.

Graf 4.6 Znázornění celkového počtu lůžek oboru chirurgie na 1 000 obyvatel podle jednotlivých okresů, k 31. 12. 2009



[ÚZIS, 2010d; Nemocnice Český Těšín, 2011]. Vlastní zpracování.

V MSK se projevují obecné tendence k optimalizaci lůžkového fondu nemocnic. I nadále je očekáván trend spíše klesajícího počtu lůžek. Tento trend vývoje počtu akutních lůžek v nemocnicích souvisí mimo jiné se stárnutím populace v posledních letech, způsobeného především snižováním podílu dětské populace, tedy snižující se porodností.

Tento důvod zapříčiňuje zejména snižování počtu lůžek akutní péče ve prospěch lůžek pro dlouhodobě nemocné. Další důvod pro snižování počtu lůžek souvisí s ekonomicky výhodným využitím lůžek. Zde se sleduje skutečné využití stávající lůžkové kapacity a následně dochází k rušení „ekonomicky“ nevyužitých lůžek. Neméně důležitá je také délka ošetrovací doby, která je zkracována na nezbytně nutnou dobu a výkony, u kterých je to možné se přesouvají do ambulantní péče.

5 Charakteristika nemocnice zřízené Moravskoslezským krajem

Moravskoslezský kraj byl ke dni 31. 12. 2009, jak již bylo výše uvedeno, zřizovatelem 7 nemocnic ve formě příspěvkové organizace a zakladatelem 1 nemocnice ve formě akciové společnosti. Tato kapitola se bude blíže zabývat zdravotnickým zařízením Nemocnice ve Frýdku-Místku, příspěvková organizace.

5.1 Základní údaje o Nemocnici ve Frýdku-Místku, p.o.

Od 27. 3. 2003 je zřizovatelem Nemocnice ve Frýdku-Místku, příspěvková organizace, El. Krásnohorské 321,738 18 Frýdek-Místek, Moravskoslezský kraj.

Ke dni 31. 12. 2009 disponovala nemocnice 439 lůžky a její provoz zajišťovalo 1 063 zaměstnanců. [Nemocnice ve Frýdku-Místku, 2010].

Mezi dlouhodobé vize nemocnice patří např. poskytování kvalitní a komplexní zdravotní péče, být nemocnicí 1. volby pacienta, být moderní nemocnicí, jenž pokryje standardní péčí oblast se 160 tis. obyvatel, poskytovat nadstandardní výkony a služby ve vybraných oborech, které pro svou kvalitu, danou erudicí lékařů a personálu, budou využívat i pacienti mimo spádové území, trvale udržení výbornou platební morálky nemocnice vůči jejím dodavatelům, vytváření takového pracovního prostředí, které bude zaměstnance motivovat k setrvání v organizaci a loajalitě k majiteli nemocnice – Moravskoslezskému kraji atd.

K hodnotám nemocnice patří vysoká odbornost medicínského i ošetrovatelského personálu, lidský přístup, důstojnost, dostatek informací, respekt a úcta ke klientům, zdvořilé jednání založené na principu partnerství, nejen vyléčený, ale také poučený a spokojený pacient, navazování na tradice a úspěchy nemocnice, efektivní hospodaření, týmová spolupráce aj.

Motto nemocnice zní: Člověk je zrozen k vzájemné pomoci. L. A. Seneca.
[Nemocnice ve Frýdku-Místku, 2007].

5.2 Historie Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o.

Nemocnice má velmi bohatou a dávnou historii. Frýdecký špitál, jak se dříve nemocnici říkalo, nechal kolem roku 1542 zřídit správce a zástavní držitel frýdeckého panství pan Jan z Pernštejna nedaleko příkopu před Horní (Těšínskou) branou. Špitál postupně měnil své místo a byl štědře podporován měšťany, avšak později plnil spíše funkci chudobince pro zchudlé měšťany či osoby vyššího věku.

Na začátku 17. století, kdy měli ve špitále kvůli morovým epidemiím velmi napilno, již stával špitál blízko farního kostela. Na tomto místě byl špitál pravděpodobně založen kolem roku 1707 děkanem Václavem Tadeášem Faldynou, rodákem ze Skalice a dokončen byl v roce 1715. V té době měl špitál podobu jednopatrové budovy, ke které byla přistavěna kaple Bolestné Panny Marie. Tehdy bylo ve špitále umístěno sedm chudobných osob vyššího věku a tento počet byl i v dalších letech trvalý.

Tato situace trvala až do roku 1856, kdy město na své náklady postavilo první frýdeckou nemocnici na místě dnešní ulice Hasičské. Tento přízemní špitál měl přibližně 10 lůžek. Ve stejném roce byl založen fond na stavbu větší řádné nemocnice, z jehož úroků byly hrazeny náklady špitálu. Chudým byly hrazeny léky, přispívalo se jim na stravu a také se jim platil ošetřovatel.

Dalších téměř třicet let se shromažďovaly finance na stavbu větší nemocnice. Původní nemocnice tak po 29 letech dosloužila a na přelomu let 1886-87 byla otevřena nová jednopodlažní nemocnice s 30 lůžky. Postupně se budovaly moderní vodovody, splachovací záchody i koupelny, ale nemocnice stále sloužila zejména jako útulek pro přestárlé občany potřebující péči. Zdravotnickou péči zajišťoval pouze jediný lékař Dr. Moritz Spitzer, který zároveň vykonával soukromou lékařskou praxi a také byl zdravotním radou. Jeho zástupce Dr. Richard Hradetschny zřídil v nemocnici operační sál. V té době se o pacienty se začaly starat i sestry Boromejky a byl zřízen dobrovolnický oddíl rychlé záchranné pomoci, který vyjížděl k nutným případům s malou maringotkou taženou koněm.

Nemocnice byla brzy přeplněna, v roce 1900 poskytovala péči 215 nemocným, za dvacet let již přibližně 1 000 nemocným ročně. V roce 1911 byl kvůli silným epidemiím chřipky postaven v polích za městem, za dnešní starou nemocnicí, dřevěný infekční pavilon pro 27, při epidemiích i více, nemocných.

Tato nemocnice byla jedinou městskou a dokonce i okresní nemocnicí, proto brzy narůstajícímu počtu nemocných nestačila a nastala potřeba vybudovat opět zcela novou

nemocnici. Po několika obtížích byla nakonec výstavba zahájena v květnu 1932 a velký pavilón včetně dezinfekční stanice a prádelny byl dokončen ke konci roku 1935. Nemocnice měla včetně starého infekčního pavilonu 154 lůžek a celkové náklady dosáhly částky 6 515 695 Kč, kterou uhradilo město. Primářem byl chirurg MUDr. Mazal, sekundářem MUDr. Quitt, o nemocné pečovalo 15 ošetřovatelek Milosrdných sester Vincentek a kromě 2 úředníků a 3 zřízenců měla nemocnice 10 pracovníků technického personálu. K 1. lednu 1937 převzal správu nemocnice frýdecký okres a brzy došlo k dalšímu rozšiřování nemocnice [Nemocnice ve Frýdku-Místku, 2005].

5.3 Hlavní činnost a doplňková činnost

5.3.1 Hlavní činnost

K 31. 12. 2009 poskytovala Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o. péči na 439 lůžkách, z nichž bylo 32 lůžek pro následnou péči, určených pacientům z oblasti, v které žilo přibližně 160 tisíc obyvatel. Spádovou oblastí bylo především město Frýdek-Místek a související mikroregion Podbeskydí. Nemocnice poskytovala znalosti, dovednosti a služby 18 lékařských odborností. Akreditováno bylo 25 specializovaných lékařských odborností, tedy převážná většina. Akreditace byly přiděleny také nelékařským oborům Porodní asistence a Radiofarmaka. Léčebná preventivní péče byla zajišťována ambulantní, lůžkovou i ústavní pohotovostní službou.

5.3.2 Doplňková činnost

V roce 2009 byla nemocnicí zajišťována doplňková činnost zcela v souladu se zřizovací listinou a s vydanými živnostenskými listy. Tato činnost byla provozována pro lepší využití svěřených věcných prostředků a k získání doplňujícího zdroje financování hlavní činnosti organizace.

Doplňujícími činnostmi byly zejména praní prádla, koupě zboží za účelem dalšího prodeje, nájem a pronájem nebytových prostor včetně poskytování služeb, pronájem ploch pro reklamní účely, opravy silničních a motorových vozidel, hostinská činnost, silniční motorová nákladní doprava, ubytovací služby, pořádání odborných kurzů, školení a jiných

vzdělávacích akcí, včetně lektorské činnosti, služby administrativní správy a služby organizačně hospodářské povahy a technické činnosti v dopravě [Nemocnice ve Frýdku-Místku, 2010].

5.4 Srovnání dostupnosti nemocniční péče v Nemocnici ve Frýdku-Místku, p.o. v letech 2005 - 2009

Pro porovnání dostupnosti nemocniční péče v Nemocnici ve Frýdku-Místku, p.o. v jednotlivých letech 2005 - 2009 je použit přepočet počtu lůžek základních oborů na 1 000 obyvatel okresu Frýdek-Místek, viz tabulka 5.1 a také, ještě úžeji, na 1 000 obyvatel spádové oblasti této nemocnice, viz tabulka 5.2. Jak již bylo výše uvedeno, do vymezené spádové oblasti patřilo přibližně 160 000 obyvatel.

Interní oddělení poskytovalo v letech 2005 – 2007 péči na 99 lůžkách, ta byla v letech 2008 - 2009 snížena na 89 lůžek, viz tabulka 5.1. Dle přepočtu na 1 000 obyvatel okresu Frýdek-Místek (dále F-M) byla dostupnost péče na interním oddělení v průměru 0,44 lůž./1000obyv., nejdostupnější byla v roce 2007 s 0,47 lůž./1000obyv. V roce 2009 dosahovala dostupnost 0,42 lůž./1000obyv., tedy více než druhá nemocnice okresu Frýdek-Místek poskytující péči na interně. Byla jí Nemocnice Třinec, v roce 2009 s 72 interními lůžky a tím dostupností 0,34 lůž./1000obyv., viz tabulka 4.1. Pokud přihlídneme ke spádové oblasti, pak měla v letech 2005 – 2009 Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o. průměrně 0,60 interních lůž./1000obyv., v roce 2009 to bylo 0,56 lůž./1000obyv. spádové oblasti a dostupnost se oproti letům 2005 – 2007 mírně snížila, viz tabulka 5.2.

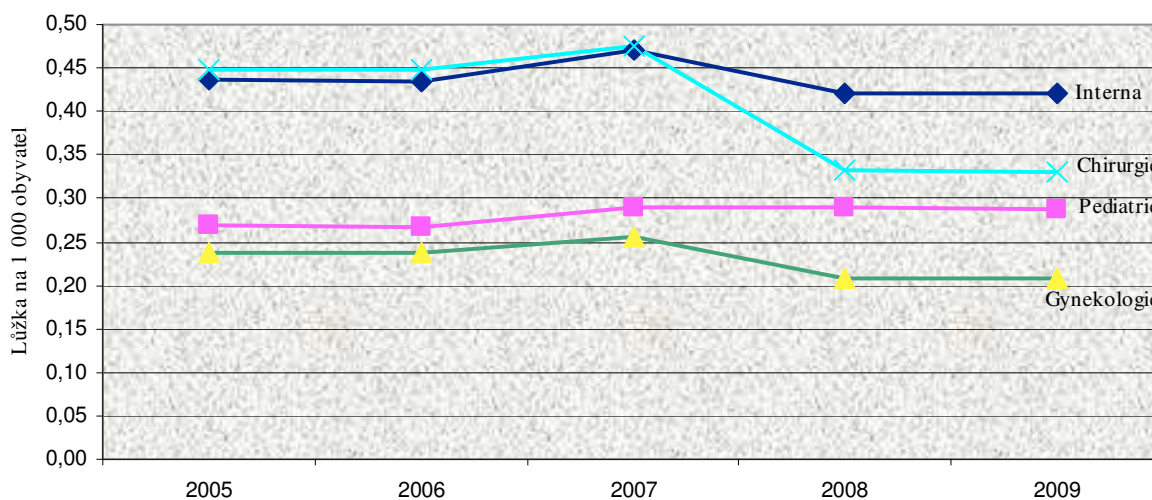
Pediatrické oddělení Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o. mělo v porovnávaných letech 2005 – 2009 konstantní počet lůžek, tedy 61, viz tabulka 5.1. Jelikož v letech 2007 – 2009 klesl v okrese Frýdek-Místek počet obyvatel, zvýšil se počet přepočtených pediatrických lůžek z 0,27 lůž./1000obyv. na 0,29 lůž./1 000obyv, viz graf 5.1. V roce 2009 měla Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o. jen o 0,03 pediatrických lůž./1 000obyv. více oproti dalšímu zdravotnickému zařízení poskytujícímu pediatrickou péči v okrese Frýdek-Místek, tedy Nemocnici Třinec, p.o. s 58 pediatrickými lůžky, viz tabulka 4.1. Na grafu 5.2, kde je znázorněna dostupnost nemocniční péče na pediatrickém oddělení Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o. v letech 2005 – 2009 s přihlédnutím ke spádové oblasti, je patrný konstantní počet přepočtených lůžek, tedy 0,38 lůž./1000obyv. spádové oblasti., a tedy i konstantní dostupnost na pediatrii.

Tab. 5.1 Propočty celkového počtu lůžek v Nemocnici ve Frýdku-Místku, p.o. na odděleních základních oborů na 1 000 obyvatel okresu Frýdek-Místek v letech 2005 – 2009 (k 31.12.)

Rok	Celkový počet obyvatel	Obor							
		Interná		Pediatrie		Gynekologie		Chirurgie	
		Počet lůžek	Počet lůžek na 1 000 obyvatel	Počet lůžek	Počet lůžek na 1 000 obyvatel	Počet lůžek	Počet lůžek na 1 000 obyvatel	Počet lůžek	Počet lůžek na 1 000 obyvatel
2005	227 264	99	0,44	61	0,27	54	0,24	102	0,45
2006	227 846	99	0,43	61	0,27	54	0,24	102	0,45
2007	210 369	99	0,47	61	0,29	54	0,26	100	0,48
2008	211 070	89	0,42	61	0,29	44	0,21	70	0,33
2009	211 482	89	0,42	61	0,29	44	0,21	70	0,33

[ÚZIS, 2006; ÚZIS, 2007; ÚZIS, 2008; ÚZIS, 2009; ÚZIS, 2010d]. Vlastní zpracování.

Graf 5.1 Znázornění celkového počtu lůžek na odděleních základních oborů v Nemocnici ve Frýdku-Místku, p.o. na 1 000 obyvatel okresu Frýdek-Místek v letech 2005 – 2009 (k 31.12.)



[ÚZIS, 2006; ÚZIS, 2007; ÚZIS, 2008; ÚZIS, 2009; ÚZIS, 2010d]. Vlastní zpracování.

Gynekologické oddělení Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o. v letech 2008 – 2009 snížilo počet lůžek z 54 na 44 gynekologicko-porodnická lůžka, viz tabulka 5.1. Porovnáním přepočtených lůžek na počet obyvatel okresu Frýdek-Místek byla dle grafu 5.1 byla péče na tomto oddělení nedostupnější roku 2007, kdy mělo oddělení 0,26 lůž./1000obyv. V letech 2008 – 2009 dostupnost klesla na 0,21 lůž./1000obyv. Při srovnání přepočtených lůžek na obyvatele spádové oblasti klesla dle grafu 5.2 dostupnost péče na gynekologickém

oddělení až v letech 2008 – 2009, a to z 0,34 lůž./1000obyv. spádové oblasti na 0,28 lůž./1000obyv. spádové oblasti. Další nemocnicí poskytující péči na gynekologii v okrese Frýdek-Místek byla v roce 2009 opět pouze Nemocnice Třinec, p.o. s 33 gynekologicko-porodnickými lůžky, viz tabulka 4.1, která tak měla o 11 lůžek méně než Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o.

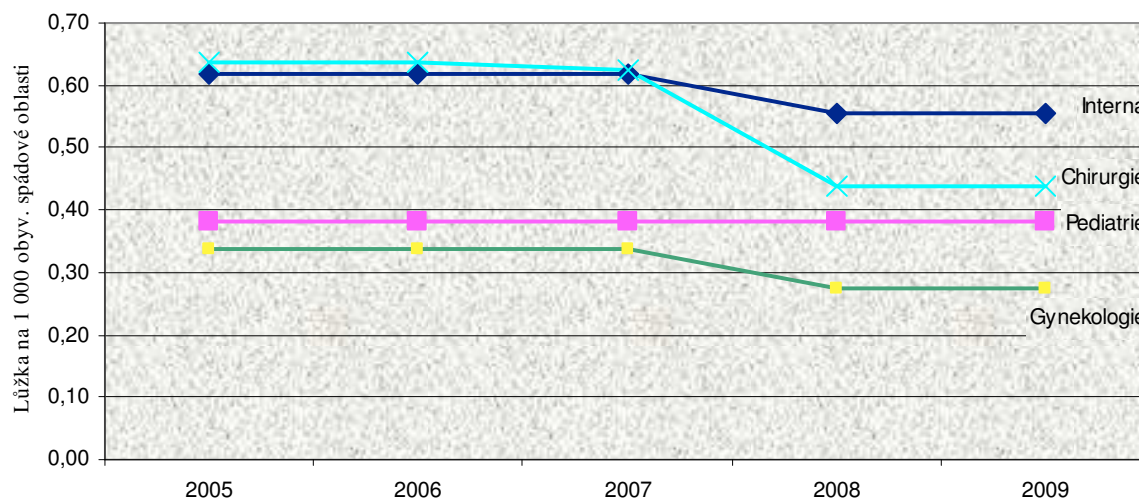
Chirurgické oddělení Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o. počty svých lůžek postupně snižovalo, viz tabulka 5.1. V letech 2005 – 2006 mělo 102 chirurgických lůžek, v přepočtu 0,45 lůž./1000obyv. V roce 2007 klesl počet lůžek na 100, ale vzhledem k velkému snížení počtu obyvatel v okrese Frýdek-Místek v roce 2007 lehce stoupl počet přepočtených lůžek na 0,48 lůž./1000obyv. K výraznějšímu snížení počtu chirurgických lůžek došlo v letech 2008 – 2009, jak ukazuje graf 5.1, a to na 70 lůžek, tedy na 0,33 lůž./1000obyv. Toto výrazné snížení je patrné také z grafu 5.2 u přepočtu lůžek na obyvatele spádové oblasti nemocnice, kdy z 0,64 lůž./1000obyv. spádové oblasti v roce 2005 klesl počet chirurgických lůžek v roce 2009 na 0,44 lůž./1000obyv. spádové oblasti. Dle tabulky 4.1 byly dalšími nemocnicemi okresu Frýdek-Místek poskytující nemocniční péči na chirurgických odděleních v roce 2009 Nemocnice Podlesí, a.s. s 42 chirurgickými lůžky a Nemocnice Třinec, p.o. s 55 chirurgickými lůžky. Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o. tak byla v roce 2009 se svými 70 chirurgickými lůžky nejdostupnější nemocnicí v oboru chirurgie mezi nemocnicemi okresu Frýdek-Místek.

Tab. 5.2 Propočty celkového počtu lůžek na odděleních základních oborů v Nemocnici ve Frýdku-Místku, p.o. na 1 000 obyvatel její spádové oblasti v letech 2005 – 2009 (k 31.12.)

Rok	Počet obyvatel spádové oblasti	Obor							
		Interná		Pediatrie		Gynekologie		Chirurgie	
		Počet lůžek	Počet lůžek na 1 000 obyvatel spád. obl.	Počet lůžek	Počet lůžek na 1 000 obyvatel spád. obl.	Počet lůžek	Počet lůžek na 1 000 obyvatel spád. obl.	Počet lůžek	Počet lůžek na 1 000 obyvatel spád. obl.
2005	160 000	99	0,62	61	0,38	54	0,34	102	0,64
2006	160 000	99	0,62	61	0,38	54	0,34	102	0,64
2007	160 000	99	0,62	61	0,38	54	0,34	100	0,63
2008	160 000	89	0,56	61	0,38	44	0,28	70	0,44
2009	160 000	89	0,56	61	0,38	44	0,28	70	0,44

[ÚZIS, 2006; ÚZIS, 2007; ÚZIS, 2008; ÚZIS, 2009; ÚZIS, 2010d]. Vlastní zpracování.

Graf 5.2 Znázornění celkového počtu lůžek na odděleních základních oborů v Nemocnici ve Frýdku-Místku, p.o. na 1 000 obyvatel její spádové oblasti v letech 2005 – 2009 (k 31.12.)



[ÚZIS, 2006; ÚZIS, 2007; ÚZIS, 2008; ÚZIS, 2009; ÚZIS, 2010d]. Vlastní zpracování.

5.5 Závazné ukazatele stanovené Moravskoslezským krajem

Nemocnici ve Frýdku-Místku, příspěvkové organizaci byl stanoven usnesením Zastupitelstva Moravskoslezského kraje č. 2/29 ze dne 18. 12. 2008 závazný ukazatel, a to výsledek hospodaření na rok 2009 ve výši 0 Kč. Tento závazný ukazatel se nemocnici podařilo splnit. Závazný ukazatel příspěvek na provoz byl k 31. 12. 2009 náležitě proučtován.

Zdravotnické zařízení vytvořilo za rok 2009 zlepšený hospodářský výsledek, jenž měl být proučtován proti neuhrazené ztrátě minulých let.

5.6 Hospodaření nemocnice

5.6.1 Hospodářský výsledek, náklady a výnosy

Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o. vykázala ke dni 31. 12. 2009 zlepšený celkový hospodářský výsledek 85,05 tis. Kč, a to především díky nemocnicí provozované doplňkové činnosti, která měla kladný hospodářský výsledek ve výši + 1 333,61 tis. Kč, oproti hospodářskému výsledku z hlavní činnosti, jenž byl záporný, a to – 1 248,56 tis. Kč, viz tabulka 5.3.

Tab. 5.3 Upravený výsledek hospodaření z hlavní a doplňkové činnosti Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o., v tis. Kč, k 31. 12. 2009

Hospodářský výsledek (upravený)				
Ukazatel	2009			2008
	Hlavní činnost	Doplňková činnost	Celkem	Celkem
Výnosy celkem	747 969,74	2 421,55	750 391,29	654 147,35
Náklady celkem (vč. případného dodatečného odvodu daně upravujícího hospod. výsledek)	749 218,30	1 087,94	750 306,24	662 654,92
HV (+zisk/-ztráta)	-1 248,56	1 333,61	85,05	-8 507,57

[Nemocnice ve Frýdku-Místku, 2010]. Vlastní zpracování

Oproti roku 2008, kdy byla hospodářským výsledkem ztráta, se hospodářský výsledek v roce 2009 zvýšil o téměř 8,6 mil. Kč. K navýšení došlo jak u položky výnosů, tak i nákladů, ale výnosy měly navýšení vyšší. Podrobný přehled výnosů ukazuje tabulka 5.4 a přehled nákladů tabulka 5.5.

Výnosy za rok 2009 činily 750 391,29 Kč, což znamená meziroční navýšení o cca 14,7 % (o 96 243,94 tis. Kč). Tento meziroční nárůst výnosů byl kryt částečně navýšením zálohových plateb od zdravotních pojišťoven (50 162 tis. Kč), zvýšením obratu lékárny především kvůli úhradám regulačních poplatků formou darů kraje (25 799 tis. Kč) a také výrazným zvýšením tržeb z prodeje zdravotních služeb o 6,5 % oproti roku 2008.

Náklady za rok 2009 činily 750 306 tis. Kč, což znamená meziroční navýšení o cca 13,2 % (o 87 651,32 tis. Kč). Tento meziroční nárůst byl způsoben především meziročním nárůstem těchto položek: spotřeba materiálu o 14 552 tis. Kč (o 9,3 %), spotřeba energie o 1 839 tis. Kč (o 6,2 %), osobní náklady o 35 323 tis. Kč (o 9,7 %), ostatní náklady o 4 944 tis. Kč (o 18,8 %) a prodané zboží o 21 559 tis. Kč (o 54,5 %) [Nemocnice ve Frýdku-Místku, 2010].

Tab. 5.4 Přehled výnosů z hlavní a doplňkové činnosti Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o., v tis. Kč, k 31. 12. 2009

Výnosy				
Číslo řádku	Ukazatel	Hlavní činnost	Doplňková činnost	Celkem
1	Tržby za prodané zboží (úč. 604)	72 348,20	0,00	72 348,20
2	Tržby za prodej vlastních výrobků a služeb (úč. 601, úč. 602)	632 304,12	216,49	632 520,61
3	<i>z toho: tržby od VZP</i>	<i>359 533,29</i>	<i>0,00</i>	<i>359 533,29</i>
4	<i>tržby od ostatních zdr. pojišťoven</i>	<i>248 864,04</i>	<i>0,00</i>	<i>248 864,04</i>
5	<i>ostatní výnosy</i>	<i>23 690,30</i>	<i>216,49</i>	<i>23 906,79</i>
6	Aktivace a změna stavu zásob	3 884,72	0,00	3 884,72
7	Provozní dotace (úč. 691)	14 411,80	0,00	14 411,80
8	<i>z toho: příspěvek na provoz od zřizovatele</i>	<i>14 284,21</i>	<i>0,00</i>	<i>14 284,21</i>
9	<i>dotace získané z jiných veř. rozpočtů</i>	<i>127,59</i>	<i>0,00</i>	<i>127,59</i>
10	Tržby z prodeje dlou. maj. a materiálu (úč. 651, úč. 654)	3 819,27	0,00	3 819,27
11	Ostatní výnosy (úč. 64x)	21 201,63	2 205,06	23 406,69
12	<i>z toho: výnosy z pojistných událostí</i>	<i>196,64</i>	<i>0,00</i>	<i>196,64</i>
13	Výnosy celkem (č. ř. 1 + 2 + 6 + 7 + 10 + 11)	747 969,74	2 421,55	750 391,29

[Nemocnice ve Frýdku-Místku, 2010]. Vlastní zpracování.

Tab. 5.5 Přehled nákladů z hlavní a doplňkové činnosti Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o., v tis. Kč, k 31. 12. 2009

Náklady				
Číslo řádku	Ukazatel	Hlavní činnost	Doplňková činnost	Celkem
1	Prodané zboží (úč. 504)	61 116,57	0,00	61 116,57
2	Spotřeba materiálu	169 699,75	185,40	169 885,15
3	z toho: léčiva	42 435,85	0,00	42 435,85
4	SZM (speciální zdravotnický materiál)	87 019,11	0,00	87 019,11
5	krev a krevní výrobky	7 507,00	0,00	7 507,00
6	potraviny pro pacienty	6 057,36	0,00	6 057,36
7	Spotřeba energie	30 768,71	363,13	31 131,84
8	Služby	42 926,50	454,15	43 380,65
9	z toho: nájemné	3 198,38	0,00	3 198,38
10	opravy a udržování	11 518,46	6,45	11 524,91
11	telekomunikace	1 051,19	0,00	1 051,19
12	konzultace a poradenská služba	1 084,26	0,00	1 084,26
13	cestovné	699,09	0,02	699,11
14	Mzdové náklady	314 557,01	42,48	314 599,49
15	Sociální, zdravotní pojištění a sociální náklady (úč. 524, úč. 525, úč. 527, úč. 528)	111 288,70	15,75	111 304,45
16	z toho: zákonné sociální pojištění (úč. 524)	105 086,00	14,90	105 100,90
17	Daně a poplatky (úč. 53x)	174,89	0,00	174,89
18	Odpisy nehmotného a hmotného investičního majetku (úč. 551)	12 480,13	21,35	12 501,48
19	Zůstatková cena prod. dl. nehm. a hm. majetku, prod. mat. (úč. 552, úč. 554)	3 846,47	0,00	3 846,47
20	Ostatní náklady (úč. 503, úč. 513, úč. 54x)	3 634,21	5,68	3 639,89
21	z toho: pojištění majetku	1 319,71	0,00	1 319,71
	manka a škody	9,17		9,17
22	technické zhodnocení	125,97	0,00	125,97
23	Daň z příjmů (úč. 59) (dodatečný odvod daně z příjmů, jenž je položkou upravující výsledek hospodaření)	-1 274,64	0,00	-1 274,64
24	Náklady celkem (č. ř. 1 + 2 + 7 + 8 + 14 + 15 + 17 + 18 + 19 + 20)	750 492,94	1 087,94	751 580,88
25	Náklady celkem (vč. dodatečného odvodu daně uprav. hospod. výsledek) (č. ř. 24 + 23)	749 218,30	1 087,94	750 306,24

[Nemocnice ve Frýdku-Místku, 2010]. Vlastní zpracování.

V Nemocnici ve Frýdku-Místku, p.o. se počet lůžek v posledních letech snižoval, přesto se domnívám, že je možné v trendu snižování počtu nevyužitých lůžek pokračovat,

a to především u lůžek akutních. Nasvědčuje tomu zejména využití akutních lůžek ve dnech, které bylo v roce 2009 cca 77,3 % (282 dní), to znamená, že cca 92 akutních lůžek bylo v roce 2009 neobsazených. Využití lůžek následné péče bylo téměř 95 % (345, 7 dní) [ÚZIS, 2010d]. Toto snížení lůžek však ovlivní mimo jiné také propočítání s využitím lůžek v roce 2010. Nemocnice v druhém pololetí roku 2010 na základě výsledků jednání se zdravotními pojišťovnami řízeně přebrala pacienty novojičínské nemocnice. Předpokládám tedy, že využití lůžek je v současné době tímto krokem vyšší a bude nutné brát na něj zřetel. Tímto zásadním krokem se zvýšily i náklady nemocnice na poskytnutou péči a nemocnice tak v rámci závěrečného vyúčtování péče, které podle úhradové vyhlášky proběhne do konce prvního pololetí roku 2011, očekává od zdravotních pojišťoven doplatky přes 20 miliónů Kč [Nemocnice ve Frýdku-Místku, 2011].

6 Závěr

Práce se zabývala fyzickou neboli geografickou dostupností nemocniční péče v základních oborech interna, pediatrie, gynekologie a chirurgie v Moravskoslezském kraji. K dosažení cíle byly použity dvě základní metody, a to analýza jak textových podkladů, tak zdravotnické statistiky a následná syntéza získaných informací do podoby tabulek a grafů, které přehledně ukazují stav fyzické dostupnosti.

Pro širší srovnání dostupnosti nemocniční péče bylo užito porovnání mezi Moravskoslezským krajem a ostatními 13 kraji České republiky. Indikátorem fyzické dostupnosti byl přepočet lůžek jednotlivých oddělení základních oborů na 1 000 obyvatel daného území.

V oboru interna byl Moravskoslezský kraj v dostupnosti na třetím místě a v počtu přepočtených lůžek (1,15 lůž./1000 obyv.) byl nad republikovým průměrem (1,06 lůž./1000 obyv.). V oboru pediatrie se Moravskoslezský kraj držel přesně republikového průměru (0,46 lůž./1000 obyv.), avšak v porovnání s ostatními kraji byl až na devátém místě. V oboru gynekologie byla nemocniční péče v Moravskoslezském kraji oproti ostatním krajům nejméně dostupná (0,42 lůž./1000 obyv.) a tedy podprůměrná (průměr byl 0,54 lůž./1000 obyv.). V dostupnosti nemocniční péče na oddělení chirurgie byl Moravskoslezský kraj na devátém místě (0,80 lůž./1000 obyv.), ale k průměrné hodnotě (0,82 lůž./1000 obyv.) měl velmi blízko.

Dostupnost nemocniční péče v porovnání mezi jednotlivými obory a kraji byla značně rozdílná. Nejlepší dostupnosti nemocniční péče bylo dosaženo v Plzeňském kraji v oboru interna (1,36 lůž./1000 obyv.) a nejhorší dostupnost byla v hlavním městě Praze, a to v oboru pediatrie (0,28 lůž./1000 obyv.).

Výsledkem provedené analýzy bylo zjištění, že se Moravskoslezský kraj držel v dostupnosti nemocniční péče v oborech pediatrie a chirurgie kolem republikového průměru, v oboru interna byl nad průměrem, avšak v oboru gynekologie hodně pod průměrem. Tímto došlo pouze k částečnému potvrzení hypotézy: „Dostupnost nemocniční péče v základních oborech je v Moravskoslezském kraji v porovnání s ostatními kraji průměrná“.

Indikátorem fyzické dostupnosti pro srovnání dostupnosti nemocniční péče v jednotlivých okresech Moravskoslezského kraje byl také přepočet počtu lůžek jednotlivých oddělení na 1 000 obyvatel, avšak tentokrát s ohledem na jednotlivé kategorie pacientů daných oddělení, což dává přesnější informaci o dostupnosti nemocniční péče.

V oboru interna byl na prvním místě v dostupnosti okres Ostrava (1,84 lůž./1000 obyv.19+), o které se zasloužila především Městská nemocnice Ostrava, p.o. (282 nepřepočtených interních lůžek). V oboru pediatrie byl na prvním opět okres Ostrava (2,81 lůž./1000obyv.19-), kde největší počet lůžek měla Městská nemocnice Ostrava, p.o. (76 nepřepočtených dětských lůžek), a celkově byl tento okres silně nadprůměrný (průměr byl 2,24 lůž./1000obyv.19-). V oboru gynekologie měl také silnou převahu okres Ostrava (1,36 lůž./1000 obyv.Ž15+), jehož nemocnicí s největším počtem gynekologických lůžek byla Fakultní nemocnice Ostrava (77 nepřepočtených gynekologických lůžek). V oboru chirurgie byla situace jiná, tam měl výrazně nejlepší dostupnost okres Karviná (1,05 lůž./1000obyv.). Zasloužila se o to zejména Nemocnice s poliklinikou Karviná-Ráj, p.o. (150 nepřepočtených chirurgických lůžek). Výsledkem provedené analýzy bylo zjištění, že okres Ostrava byl okresem s nejlepší dostupností ve třech základních oborech, a to v oboru interna, pediatrie a gynekologie. V oboru chirurgie byl výrazně nejdostupnější okres Karviná. Hypotéza: „Nejlepší dostupnost nemocniční péče v základních oborech je v okrese Ostrava“ se tedy potvrdila sice z větší části, ale ne zcela.

V Moravskoslezském kraji se projevuje trend klesajícího počtu lůžek. Názorně je vidět ve srovnání dostupnosti nemocniční péče v základních oborech v Nemocnici ve Frýdku-Místku, p.o. Tato nemocnice byla v okrese Frýdek-Místek, v porovnání s ostatními nemocnicemi tohoto okresu, nejdostupnější také proto, že poskytovala péči ve všech základních oborech. Druhou nemocnicí frýdecko-místeckého okresu, která poskytovala péči ve všech základních oborech byla Nemocnice Třinec, p.o. V okrese Frýdek-Místek byla Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o. i při snižování počtu lůžek nejdostupnější ve všech základních oborech. Nejvýraznější pokles akutních lůžek a jeho vliv na dostupnost nastal v oboru chirurgie (ze 102 nepřepočtených lůžek v roce 2005 na 70 nepřepočtených lůžek v roce 2009), ale také v oboru interny a gynekologie došlo k poklesu (na interně z 99 nepřepočtených lůžek v roce 2005 na 89 nepřepočtených lůžek v roce 2009, na gynekologii z 54 nepřepočtených lůžek v roce 2005 na 44 nepřepočtených lůžek v roce 2009). Tento trend vývoje počtu akutních lůžek v nemocnicích souvisí mimo jiné se stárnutím

populace v posledních letech, způsobeného především snižující se porodností. Přesto se na odděleních pediatrie lůžka nesnižovala (v letech 2005 - 2009 bylo stále 61 nepřepočtených lůžek) a oproti ostatním oborům akutní péče, kde došlo k poklesu (na interně dostupnost kolísala z 0,44 lůž./1000obyv. v roce 2005, přes 0,43 lůž./1000obyv. v roce 2006 a 0,47 lůž./1000obyv. v roce 2007, na 0,42 lůž./1000obyv. v letech 2008 - 2009, v přepočtu dle spádové oblasti klesla dostupnost z 0,62 lůž./1000obyv. v letech 2005 - 2007 na 0,56 lůž./1000obyv. v letech 2008 - 2009; na gynekologii dostupnost kolísala z 0,24 lůž./1000obyv. v letech 2005 - 2006, přes 0,26 lůž./1000obyv. v roce 2007, na 0,21 lůž./1000obyv. v letech 2008 - 2009, v přepočtu dle spádové oblasti klesla dostupnost na gynekologii z 0,34 lůž./1000obyv. v letech 2005 - 2007 na 0,28 lůž./1000obyv. v letech 2008 - 2009; v oboru chirurgie také dostupnost kolísala, a to z 0,45 lůž./1000obyv. v letech 2005 - 2006, přes 0,48 lůž./1000obyv. v roce 2007, na 0,33 lůž./1000obyv. v letech 2008 - 2009, v přepočtu dle spádové oblasti klesala dostupnost z 0,64 lůž./1000obyv. v letech 2005 - 2006, přes 0,63 lůž./1000obyv. v roce 2007, na 0,44 lůž./1000obyv. v letech 2008 - 2009), na oddělení pediatrie se dostupnost mírně zvýšila (z 0,27 lůž./1000obyv. v letech 2005 - 2006 na 0,29 lůž./1000obyv. v letech 2007 - 2009) a v přepočtu na obyvatele spádové oblasti zůstala alespoň konstantní (0,38 lůž./1000obyv.).

Práce splnila svůj cíl, protože provedla srovnání fyzické dostupnosti nemocniční péče v základních oborech v Moravskoslezském kraji, a to jak vnější – srovnání s ostatními kraji České republiky, tak vnitřní – srovnání okresů Moravskoslezského kraje. Moravskoslezský kraj nemá sice v porovnání s ostatními kraji nejlepší dostupnost, ale podprůměrný je pouze v oboru gynekologie.

Pro přesnější vyjádření dostupnosti nemocniční péče a zjištění přebytečných lůžek by bylo vhodné doplnit výsledky této práce, zaměřující se na fyzickou dostupnost zjištěnou porovnáváním přepočtených akutních lůžek, srovnáváním dostupnosti péče v základních oborech z jiných hledisek, pomocí dalších možných indikátorů dostupnosti, např. dle přepočtu lůžek na lékaře dané odbornosti (zajímavé by bylo zejména srovnání dostupnosti akutní péče v případě hromadného odchodu lékařů z nemocnic, které hrozilo při nesplnění požadavků lékařů, kteří vstoupili do stávky s názvem: „Děkujeme, odcházíme“). Významné by bylo také zjištění o využití lůžek a s ním spojená otázka, zda zůstává pacient v nemocnici jen po dobu nezbytně nutnou. Dále by bylo možné věnovat se dostupnosti časové, např. srovnáním časové

náročnosti čekání na operaci, na příjezd rychlé záchranné služby, ale také z pohledu pacientů z méně přístupných oblastí. Toto však již přesahuje obsahový rámec této bakalářské práce.

Při zpracování dat získaných z Ústavu zdravotnických informací a služeb ČR nastal problém se získáním konkrétních údajů o Nemocnici Český Těšín, a.s., která této instituci nedala souhlas ke zveřejnění údajů. Informace byly proto čerpány přímo z webových stránek této nemocnice a sloužily k ověření a dopočítání potřebných údajů pro účely této práce.

Seznam použité literatury a zdrojů

Použitá literatura

DOLANSKÝ, H. *Veřejné zdravotnictví*. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2008. 223 s. ISBN 978-80-7248-494-2.

DRBAL, C. *Česká zdravotní politika a její východiska*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 96 s. ISBN 80-7262-340-0.

GLADKIJ, I. *Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví*. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1995. 177 s. ISBN 80-7067-503-9.

GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

HOLČÍK, J.; KAŇOVÁ, P.; PRUDIL, L. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2005. 186 s. ISBN 80-7013-417-8.

KALA, M.; KUBÍNEK, R. *Nemocnice aneb Rukověť zvládavého pacienta*. 1. vyd. Olomouc: Rubico, 2000. 195 s. ISBN 80-85839-47-4.

ŠVARCOVÁ, J. a kol. *Ekonomie. Stručný přehled*. 2005-2006. Zlín: CEED, 2005. 295 s. ISBN 80-903433-1-7.

TOMÁNEK, P. *Veřejné finance A*. Studijní opora. Ostrava: VŠB – TU Ostrava, 2008. 252 s.

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Elektronické zdroje

BÍLOVECKÁ NEMOCNICE, A.S. *Výroční zprávy*. [online]. 2010. [cit. 2011-03-11]. Dostupné z WWW: <<http://cms.nvb.cz/files/attachments/830/2313-Vyrocní-zprava-2009.pdf>>

BOHUMÍNSKÁ MĚSTSKÁ NEMOCNICE, A.S. *O nemocnici*. [online]. 2009. [cit. 2011-03-11]. Dostupné z WWW: <<http://www.nembo.cz/index.php/o-nemocnici.html>>

CNS CENTRUM TŘINEC. *Naše historie*. [online]. [cit. 2011-03-13]. Dostupné z WWW: <<http://www.cns-psyche.eu/index.html>>

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA. *Regulační poplatky*. [online]. c 2008. [cit. 2011-04-06]. Dostupné z WWW:<<http://www.clk.cz/cz/1641-rady-a-porady-vseho-druhu-regulacni-poplatky.html#Ex31>>

FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA. *Vítejte na stránkách Fakultní nemocnice v Ostravě*. [online]. c 2009. [cit. 2011-03-11]. Dostupné z WWW:<<http://www.fno.cz/informace-o-nemocnici/vitejte-na-strankach-fakultni-nemocnice-v-ostrove>>

KARVINSKÁ HORNICKÁ NEMOCNICE A.S. *Úvodní stránka*. [online]. 2011. [cit. 2011-03-11]. Dostupné z WWW:<<http://www.khn.cz/index.php>>

MĚSTSKÁ NEMOCNICE OSTRAVA. *Pacient/návštěvník*. [online]. [cit. 2011-03-11]. Dostupné z WWW:<http://www.mnof.cz/pacient_navstevnik/index.php>

MĚSTSKÁ NEMOCNICE V ODRÁCH. *O nás - charakteristika*. [online]. c 2008. [cit. 2011-03-10]. Dostupné z WWW:<<http://www.nemocniceodry.cz/charakteristika.htm>>

MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ. *Geografické informace*. [online]. c 2010a. [cit. 2011-03-10]. Dostupné z WWW:<http://o-kraji.kr-moravskoslezsky.cz/geograficke_informace.html>

MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ. *Koncepce zdravotní péče v Moravskoslezském kraji*. [online]. Listopad 2003. [cit. 2011-04-28]. Dostupné z WWW:<http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/assets/zdravotnictvi/koncepce_zdravotni_pece.pdf>

MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ. *Legislativa ve zdravotnictví*. [online]. c 2010b. [cit. 2011-03-07]. Dostupné z WWW:<http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/zdr_07.html>

MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ. *Přehled zdravotnických zařízení v Moravskoslezském kraji*. [online]. 2009. [cit. 2011-03-14]. Dostupné z WWW:<http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/publikace/zdravotnicka_zarizeni_kor3.pdf>

MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ. *Tisková zpráva*. [online]. c 2010c [cit. 2011-04-05]. Dostupné z WWW:<<http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/cz/analiza-nemocnic-zrizovanych-a-zalozenych-moravskoslezskym-krajem-9678/>>

MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ. *Tiskové zprávy*. [online]. 2011-03-23 [cit. 2011-04-05]. Dostupné z WWW:<http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/tisk_info.html>

NEMOCNICE ČESKÝ TĚŠÍN. *Kdo jsme*. [online]. [cit. 2011-03-11]. Dostupné z WWW:<<http://www.nemtesin.cz/obsah/onas/kdo-jsme.aspx>>

NEMOCNICE PODLEŠÍ. *Nemocnice Podlesí a.s.* [online]. [cit. 2011-03-13]. Dostupné z WWW:<<http://www.nempodlesi.cz/obsah/onas/kdo-jsme.aspx>>

NEMOCNICE S POLIKLINIKOU HAVÍŘOV. *O nemocnici*. [online]. c 2008. [cit. 2011-03-11]. Dostupné z WWW:<<http://www.nsphav.cz/o-nemocnici.html>>

NEMOCNICE TŘINEC. *Hlavní stránka*. [online]. c 2007. [cit. 2011-03-13]. Dostupné z WWW:<http://www.nemtr.cz/modules.php?name=Main_Page>

NEMOCNICE VE FRÝDKU-MÍSTKU. *Aktuality*. [online]. 2011. [cit. 2011-05-07]. Dostupné z WWW:<<http://www.nemfm.cz/aktuality.php>>

NEMOCNICE VE FRÝDKU-MÍSTKU. *Dlouhodobá vize Nemocnice ve Frýdku-Místku*. [online]. 2007. [cit. 2011-04-28]. Dostupné z WWW:<<http://www.nemfm.cz/verejnosti.php?page=Verejnosti-dlouhodobavize>>

NEMOCNICE VE FRÝDKU-MÍSTKU. *Historie*. [online]. 2005. [cit. 2011-04-24]. Dostupné z WWW:<<http://www.nemfm.cz/historie.php?page=Historie>>

NEMOCNICE VE FRÝDKU-MÍSTKU. *Úvodní stránka*. [online]. 2005-2010. [cit. 2011-03-13]. Dostupné z WWW:<<http://www.nemfm.cz/hlavni.php>>

NEMOCNICE VE FRÝDKU-MÍSTKU. *Zpráva o činnosti příspěvkové organizace*. [online]. 2010. [cit. 2011-04-23]. Dostupné z WWW:<http://www.nemfm.cz/soubory/zpravy_o_cinnosti/Zprava_o_cinnosti_NEMFM_2009.pdf>

NEMOCNICE V NOVÉM JIČÍNĚ S POLIKLINIKOU. *Výroční zprávy NsP v Novém Jičíně p.o.* [online]. 2010. [cit. 2011-03-11]. Dostupné z WWW:<<http://www.nspnj.cz/Documents/Vyrocnizpravy/zprava-o-cinnosti-rok-2009.pdf>>

NSP KARVINÁ-RÁJ. *Současnost*. [online]. c 2009-2011. [cit. 2011-03-11]. Dostupné z WWW:<<http://www.nspka.cz/cs/pacient/soucasnost.html>>

PODHORSKÁ NEMOCNICE. *Podhorská nemocnice a.s.* [online]. [cit. 2011-03-10]. Dostupné z WWW:<<http://www.podhorska.cz/obsah/onas/kdo-jsme.aspx>>

PŘÁDKA M. *Zpráva o činnosti příspěvkové organizace za rok 2009*. [online]. Frýdek-Místek: Nemocnice ve Frýdku-Místku, 2010. [cit. 2011-03-13]. Dostupné z WWW:<http://www.nemfm.cz/soubory/zpravy_o_cinnosti/Zprava_o_cinnosti_NEMFM_2009.pdf>

SDRUŽENÉ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ KRNOV, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE. *O nemocnici*. [online]. c 2008. [cit. 2011-03-10]. Dostupné z WWW:<<http://www.szzkrnov.cz/article.asp?mid=1&cid=1&sid=1>>

SLEZSKÁ NEMOCNICE V OPAVĚ. *Úvodní stránka*. [online]. [cit. 2011-03-14]. Dostupné z WWW:<<http://www.nemocnice.opava.cz/index.php?tlacitko=uvod>>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A SLUŽEB ČR. *Lůžková péče 2009*. [online]. 2010a. [cit. 2011-04-23]. Dostupné z WWW:<<http://www.uzis.cz/publikace/luzkova-pace-2009>>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A SLUŽEB ČR. *Moravskoslezský kraj*. [online]. 2010b. [cit. 2011-03-10]. Dostupné z WWW:<<http://www.uzis.cz/cr-kraje/moravskoslezsky-kraj>>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A SLUŽEB ČR. *Registr zdravotnických zařízení*. [online]. 2011 [cit. 2011-04-05]. Dostupné z WWW:<<https://snzr.uzis.cz/viewzz/rzz.htm>>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A SLUŽEB ČR. *Zdravotnická ročenka Moravskoslezského kraje 2009*. [online]. 2010c. [cit. 2011-03-08]. Dostupné z WWW:<<http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-moravskoslezskeho-kraje-2009>>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A SLUŽEB ČR. *Zdravotnictví Moravskoslezského kraje 2005*. [online]. 2006. [cit. 2011-04-25]. Dostupné z WWW:<<http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-moravskoslezskeho-kraje-2005>>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A SLUŽEB ČR. *Zdravotnictví Moravskoslezského kraje 2006*. [online]. 2007. [cit. 2011-04-25]. Dostupné z WWW:<<http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-moravskoslezskeho-kraje-2006>>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A SLUŽEB ČR. *Zdravotnictví Moravskoslezského kraje 2007*. [online]. 2008. [cit. 2011-04-25]. Dostupné z WWW:<<http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-moravskoslezskeho-kraje-2007>>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A SLUŽEB ČR. *Zdravotnictví Moravskoslezského kraje 2008*. [online]. 2009. [cit. 2011-04-25]. Dostupné z WWW:<<http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-moravskoslezskeho-kraje-2008>>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A SLUŽEB ČR. *Zdravotnictví Moravskoslezského kraje 2009*. [online]. 2010d. [cit. 2011-04-05]. Dostupné z WWW:<<http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-moravskoslezskeho-kraje-2009>>

VÍTKOVICKÁ NEMOCNICE. *Vítkovická nemocnice a.s.* [online]. c 2007. [cit. 2011-03-11]. Dostupné z WWW:<<http://www.nemvitkovice.cz/obsah/onas/kdo-jsme.aspx>>

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČR. *Úhrady v nemocnicích v roce 2011*. [online]. 2011a. [cit. 2011-04-27]. Dostupné z WWW:<<http://www.vzp.cz/poskytovatele/infoservis-a-akcent/infoservis/infoservis-06-2011/uh rady-v-nemocnicich-v-roce-2011>>

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČR. *Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění*. [online]. [cit. 2011b-04-06]. Dostupné z WWW:<http://archiv.vzp.cz/www.vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/legislativa/zakon_48_1997_sb.html>

Seznam zkratek a symbolů

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
ČLK	Česká lékařská komora
ČR	Česká republika
F-M	Frýdek-Místek
IČO	Identifikační číslo
LSPP	Lékařská služba první pomoci
lůž./1000 obyv	Lůžka na 1 000 obyvatel (bez ohledu na věk)
lůž./1000 obyv. Ž15+	Lůžka na 1 000 žen ve věku od 15 let
lůž./1000 obyv.19+	Lůžka na 1 000 obyvatel věkové kategorie 19 let a více
lůž./1000obyv.19-	Lůžka na 1 000 obyvatel věkové kategorie do 19 let
MSK	Moravskoslezský kraj
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NsP	Nemocnice s poliklinikou
ORL	OtoRhinoLaryngologie
PO	Příspěvková organizace
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna

Seznam tabulek

Tab. 3.1 Zdravotnická zařízení poskytující nemocniční péči v Moravskoslezském kraji,
k 31. 12. 2009

Tab. 4.1 Počty lůžek na odděleních základních oborů v Moravskoslezském kraji,
k 31. 12. 2009

Tab. 4.2 Propočty celkového počtu lůžek na odděleních základních oborů na 1 000 obyvatel
dle jednotlivých krajů ČR, k 31. 12. 2009

Tab. 4.3 Propočty celkového počtu lůžek na interních odděleních podle jednotlivých
okresů MSK a kategorie pacientů, k 31. 12. 2009

Tab. 4.4 Propočty celkového počtu lůžek na pediatrických odděleních podle jednotlivých
okresů MSK a kategorie pacientů, k 31. 12. 2009

Tab. 4.5 Propočty celkového počtu lůžek na gynekologických odděleních podle jednotlivých
okresů MSK a kategorie pacientů, k 31. 12. 2009

Tab. 4.6 Propočty celkového počtu lůžek na chirurgických odděleních podle jednotlivých
okresů MSK a kategorie pacientů, k 31. 12. 2009

Tab. 5.1 Propočty celkového počtu lůžek v Nemocnici ve Frýdku-Místku, p.o. na odděleních
základních oborů na 1 000 obyvatel okresu Frýdek-Místek v letech 2005 – 2009
(k 31. 12.)

Tab. 5.2 Propočty celkového počtu lůžek na odděleních základních oborů v Nemocnici
ve Frýdku-Místku, p.o. na 1 000 obyvatel její spádové oblasti v letech 2005 – 2009
(k 31. 12.)

Tab. 5.3 Upravený výsledek hospodaření z hlavní a doplňkové činnosti Nemocnice
ve Frýdku-Místku, p.o., v tis. Kč, k 31. 12. 2009

Tab. 5.4 Přehled výnosů z hlavní a doplňkové činnosti Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o.,
v tis. Kč, k 31. 12. 2009

Tab. 5.5 Přehled nákladů z hlavní a doplňkové činnosti Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o.,
v tis. Kč, k 31. 12. 2009

Seznam grafů

Graf 4.1 Znázornění počtu lůžek na odděleních základních oborů podle jednotlivých nemocnic a okresů, k 31. 12. 2009

Graf 4.2 Znázornění celkového počtu lůžek na 1 000 obyvatel dle základních oborů a krajů, k 31. 12. 2009

Graf 4.3 Znázornění celkového počtu lůžek oboru interna na 1 000 obyvatel nad 19 let podle jednotlivých okresů, k 31. 12. 2009

Graf 4.4 Znázornění celkového počtu lůžek oboru pediatrie na 1 000 obyvatel (děti 0 – 19 let) podle jednotlivých okresů, k 31. 12. 2009

Graf 4.5 Znázornění celkového počtu lůžek oboru gynekologie na 1 000 obyvatel (ženy nad 15 let) podle jednotlivých okresů, k 31. 12. 2009

Graf 4.6 Znázornění celkového počtu lůžek oboru chirurgie na 1 000 obyvatel podle jednotlivých okresů, k 31. 12. 2009

Graf 5.1 Znázornění celkového počtu lůžek na odděleních základních oborů v Nemocnici ve Frýdku-Místku, p.o. na 1 000 obyvatel okresu Frýdek-Místek v letech 2005 – 2009 (k 31.12.)

Graf 5.2 Znázornění celkového počtu lůžek na odděleních základních oborů v Nemocnici ve Frýdku-Místku, p.o. na 1 000 obyvatel její spádové oblasti v letech 2005 – 2009 (k 31.12.)

Prohlášení o využití výsledků bakalářské práce

Prohlašuji, že

- jsem byla seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. – autorský zákon, zejména § 35 – užití díla v rámci občanských a náboženských obřadů, v rámci školních představení a užití díla školního a § 60 – školní dílo;
- беру на vědomí, že Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava (dále jen VŠB-TUO) má právo nevýdělečně, ke své vnitřní potřebě, bakalářskou práci užít (§ 35 odst. 3);
- souhlasím s tím, že bakalářská práce bude v elektronické podobě archivována v Ústřední knihovně VŠB-TUO a jeden výtisk bude uložen u vedoucího bakalářské práce. Souhlasím s tím, že bibliografické údaje o bakalářské práci budou zveřejněny v informačním systému VŠB-TUO;
- bylo sjednáno, že s VŠB-TUO, v případě zájmu z její strany, uzavřu licenční smlouvu s oprávněním užít dílo v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- bylo sjednáno, že užít své dílo, bakalářskou práci, nebo poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠB-TUO, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly VŠB-TUO na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše).

V Ostravě dne 11. května 2011

.....

Jiřina Minářová

Adresa trvalého pobytu studenta:

K Hájku 2957, 738 01 Frýdek-Místek

Seznam příloh

Příloha 1 Legislativa ve zdravotnictví

Příloha 2 Podrobný popis nemocnic v Moravskoslezském kraji dle jednotlivých okresů

Příloha 3 Výtah ze zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně
a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

Příloha 1 Legislativa ve zdravotnictví

K nejdůležitějším právním předpisům v oblasti zdravotnictví patří:

- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon České národní rady č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon České národní rady č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon České národní rady č. 160/1992 Sb., o péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon České národní rady č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon České národní rady č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon České národní rady č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 164/2001 Sb., o přírodních léčivých zdrojích, přírodních zdrojích minerálních vod, přírodních léčebných lázních a lázeňských místech (lázeňský zákon), ve znění pozdějších předpisů,
- Úmluva č. 96/2001 Sb., Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně,
- Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon), ve znění pozdějších předpisů,

- Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů,
- Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČSR č. 19/1988 Sb., o postupu při úmrtí a o pohřebnictví, ve znění pozdějších předpisů,
- Vyhláška č. 434/1992 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů,
- Vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 221/1995 Sb., o znaleckých komisích, ve znění vyhlášky č. 105/2002 Sb.,
- Vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 342/1997 Sb., kterou se stanoví postup při uznávání nemocí z povolání a vydává seznam zdravotnických zařízení, která tyto nemoci uzavírají,
- Vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů,
- Vyhláška č. 440/2001 Sb., o odškodnění bolesti a ztížení společenského uplatnění,
- Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů,
- Vyhláška č. 123/2006 Sb., o evidenci a dokumentaci návykových látek a přípravků,
- Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci,
- Vyhláška č. 393/2006 Sb., o zdravotní způsobilosti, ve znění pozdějších předpisů,

- Vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 54/2008 Sb., kterou se stanoví způsob předepisování léčivých přípravků, náležitosti lékařských předpisů a pravidla jejich používání, ve znění pozdějších předpisů,
- Vyhláška č. 84/2008 Sb., o správné lékařské praxi, bližších podmínkách zacházení s léčivy v lékárnách, zdravotnických zařízeních a u dalších provozovatelů a zařízení vydávajících léčivé přípravky, ve znění pozdějších předpisů,
- Vyhláška č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, ve znění pozdějších předpisů,
- Vyhláška č. 3/2010 Sb., o stanovení obsahu a časového rozmezí preventivních prohlídek
- Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí,
- Vyhláška č. 221/2010 Sb., o požadavcích na věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení [Dolanský, 2008, str.176-178; Moravskoslezský kraj, 2010b].

Příloha 2 Podrobný popis nemocnic v Moravskoslezském kraji dle jednotlivých okresů

Okres Bruntál

V okrese Bruntál se nachází 2 nemocnice s lůžkovou a ambulantní péčí [ÚZIS, 2010a]:

1) Podhorská nemocnice a.s.

Nemocnice má dvě pracoviště, a to v Bruntálu a v Rýmařově. Na obou pracovištích poskytuje zdravotní péči:

- v lůžkových oborech: interna, chirurgie, gynekologie, rehabilitace,
- v ambulantních oborech: RDG (radiodiagnostické oddělení), ARO (anesteziologicko-resuscitační oddělení), léčba bolesti, oddělení klinické biochemie a hematologie.

Zdravotní péči poskytují zejména pro spádovou oblast Bruntálska, Rýmařovska a Vrbenska, to znamená pro cca 65 tisíc obyvatel, avšak tento počet stoupá v zimních měsících o další klienty z Jeseníku.

Pracoviště Bruntál se zaměřuje na poskytování odborné lékařské péče v základních oborech, a to v chirurgii, interně a gynekologii. Pracoviště Rýmařov se zabývá zejména léčbou bolesti se specifickým zaměřením na pohybovou soustavu.

Nemocnice poskytuje, po začlenění do skupiny společnosti AGEL, také odbornou a specializovanou péči v holdingových centrech, především v oborech gastroenterologie, kardiologie, ortopedie, onkologie a traumatologie. [Podhorská nemocnice, 2011].

2) Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, příspěvková organizace

Tato nemocnice, která je příspěvkovou organizací Moravskoslezského kraje, se zabývá poskytováním a organizací „ústavní i ambulantní základní a specializované diagnostické a léčebné péče včetně preventivních opatření ve stanoveném spádovém území, jakož i zajišťováním ostatních služeb s poskytováním zdravotní péče souvisejících“

Zdravotní péče je poskytována na:

- odděleních: interní, chirurgické, dětské, gynekologicko-porodní, neurologické, plicní aj.
- ambulancích při oddělení: chirurgickém, pediatrickém, interním, neurologickém, ortopedickém atd.[Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, p.o., 2008].

Okres Opava

V okrese Opava se nachází 1 nemocnice s lůžkovou a ambulantní péčí [ÚZIS, 2010a]:

Slezská nemocnice v Opavě, příspěvková organizace

Zřizovatelem nemocnice je Moravskoslezský kraj a v současné době zajišťuje lůžkovou a ambulantní péči na oddělení:

- dětském, gynekologicko-porodnickém, chirurgickém, interním,
- infekčním, kožním, očním, neurologickém aj. [Slezská nemocnice v Opavě, 2011].

Okres Nový Jičín

V okrese Nový Jičín se nachází 3 nemocnice s lůžkovou a ambulantní péčí [ÚZIS, 2010a]:

1) Městská nemocnice v Odrách, příspěvková organizace

Nemocnice poskytuje:

- akutní lůžkovou péči v oboru vnitřní lékařství,
- péči v odborných ambulancích: interní, diabetologické, gastroenterologické,
- odborné poradny: kardiologickou, angiologickou, revmatologickou,
- následnou péči v léčebně dlouhodobě nemocných.

Pro akutní péči je spádovost cca 30 tisíc obyvatel. [Městská nemocnice v Odrách, 2008].

2) Nemocnice s poliklinikou v Novém Jičíně, příspěvková organizace

Tato nemocnice s poliklinikou je organizací zřízenou Moravskoslezským krajem. Zdravotní péči poskytuje nejen v prostorách areálu nemocnice v Novém Jičíně, ale také na odloučeném pracovišti nemocnice Vítkov.

Nemocnice především poskytuje a organizuje „ústavní i ambulantní základní a specializované diagnostické a léčebné péče, včetně preventivních opatření ve stanoveném spádovém území ve smyslu platných právních předpisů, jakož i zajišťování ostatních služeb s poskytováním zdravotní péče souvisejících“ .

Zdravotní péče se zejména zaměřuje:

- v základních oborech na chirurgii a gynekologii, ale poskytuje také péči na oddělení vnitřního lékařství, pediatrie a porodnictví,
- na další nosné obory jako: onkologie, ortopedie, urologie a traumatologie.

Spádovou oblastí je celý bývalý okres Nový Jičín včetně přilehlých oblastí, teda cca 170 tisíc obyvatel. [Nemocnice s poliklinikou v Novém Jičíně, p.o., 2010].

3) Bílovecká nemocnice, a.s.

Bílovecká nemocnice je akciovou společností, kde jediným akcionářem je Moravskoslezský kraj.

Nemocnice poskytuje lůžkovou, ambulantní a doplňkovou zdravotní péči:

- Lůžková péče: vnitřní lékařství, chirurgie a lůžka následné péče
- Ambulantní a doplňková péče: vnitřní lékařství, chirurgie, kardiologie, ortopedie aj. [Bílovecká nemocnice, a.s., 2010].

Okres Ostrava-město

V okrese Ostrava-město se nachází 3 nemocnice s lůžkovou a ambulantní péčí [ÚZIS, 2010a]:

1) Fakultní nemocnice Ostrava

Toto největší státní zdravotnické zařízení na severní Moravě zajišťuje zdravotní péči pro 1,2 mil. obyvatel. Významnost nemocnice spočívá v její maximální komplexnosti, a to od primární diagnostiky přes léčbu až po následnou ambulantní nebo doléčovací péči [Fakultní nemocnice Ostrava, 2009].

2) Městská nemocnice Ostrava, příspěvková organizace

Nemocnice poskytuje péči na klinických odděleních i v ambulancích a poradnách:

- základní obory: interna, chirurgie, gynekologie a porodnictví, dětské lékařství
- další obory: klinická onkologie, ortopedie, neurologie aj. [Městská nemocnice Ostrava, 2011].

3) Vítkovická nemocnice, a.s.

Tato všeobecná nemocnice poskytující rozsáhlou lůžkovou a ambulantní péči poskytuje komplexní péči hlavně pro oblast Ostrava-Vítkovice a Ostrava-Zábřeh. Nemocnice je členem zdravotnických zařízení skupiny Agel. Většina oddělení působí na nadregionální úrovni, zejména Vaskulární centrum zaměřené na cévní onemocnění, Centrum péče o zažívací trakt, porodnice a služby radiologického oddělení.

Nemocnice poskytuje zdravotní péči:

- na odděleních: dětské, gynekologicko-porodnické, chirurgické, neurologické, psychiatrické atd.
- v ambulancích: dětská, chirurgická, porodnicko-gynekologická, onkologická, plicní atd. [Vítkovická nemocnice, 2007].

Okres Karviná

V okrese Karviná se nachází 5 nemocnic s lůžkovou a ambulantní péčí [ÚZIS, 2010a]:

1) Bohumínská městská nemocnice, a.s.

Nemocnice, jejímž zřizovatelem je město Bohumín, patří mezi menší zdravotnická zařízení s lůžkovou i ambulantní zdravotní péčí. Pod toto zdravotnické zařízení patří také Středisko zdravotnických služeb (poliklinika), kde se nachází některé odborné ambulance.

Nemocnice poskytuje:

- akutní péči na lůžkových odděleních v oboru interna, chirurgie a gynekologie,
- ambulantní péči např. v oboru chirurgie, gynekologie či ortopedie [Bohumínská nemocnice, a.s., 2009].

2) Karvinská hornická nemocnice a.s.

Nemocnice se specializuje na léčbu nemocí páteře a pohybového aparátu, na cévní mozkové příhody a provoz centra pracovní medicíny.

Poskytují služby ambulantní i lůžkové péče:

- na oddělení interny, chirurgie, neurologie, rehabilitace aj.,
- v ambulanci chirurgie páteře, interní, ortopedické atd. [Karvinská hornická nemocnice a.s., 2011].

3) Nemocnice Český Těšín a.s.

Tato nemocnice je „pilířem systému péče o občany města Český Těšín a spádového regionu v oblasti zajišťování zdravotní péče v oblastech vnitřního lékařství, rehabilitace a následné péče“. Je členem skupiny Agel.

Péče, jak lůžková, tak ambulantní, je poskytována na:

- oddělení: interní, rehabilitace aj.,
- ambulanci: interní, chirurgické, dětské kardiologické, gynekologické, ortopedické a dalších [Nemocnice Český Těšín, 2011].

4) Nemocnice s poliklinikou Havířov, p.o.

Nemocnice je příspěvkovou organizací Moravskoslezského kraje. Zajišťuje zdravotní péči pro cca 100 tisíc obyvatel, a to jak ambulantní a lůžkovou, tak komplementární.

Péče je poskytována:

- na oddělení: dětském, gynekologicko-porodnickém, chirurgickém, interním, urologickém, klinické hematologie, infekčním aj.,
- v ambulanci: interní, chirurgické, dětské, nutriční, plicní atd. [Nemocnice s poliklinikou Havířov, 2008].

5) Nemocnice s poliklinikou Karviná-Ráj, p.o.

Nemocnice je příspěvkovou organizací zřizovanou Moravskoslezským krajem. Poskytuje „ústavní a ambulantní základní a specializovanou diagnostickou a léčebnou péči, včetně preventivních opatření, dále pak následnou a sociální péči především občanům města Karviná, Orlová, Petřvald a obcí Dolní Lutyně, Doubrava a Petroviče u Karviné“. Zdravotní péče je zajišťována ve dvou nemocničních zařízeních, a to v Karviné-Ráji a Orlové-Lutyni.

Péče je poskytována:

- v Karviné-Ráji na lůžkových odděleních oborů interního, dětského, gynekologie a porodnictví, chirurgie, očního, ORL (OtoRhinoLaryngologie), TRN (tuberkulóza a respirační nemoci), ARO (anesteziologicko-resuscitační oddělení),
- v Orlové-Lutyni na odděleních ortopedie, chirurgie, interny, neurologie, ARO, LDN (léčebna dlouhodobě nemocných), rehabilitace

- v odborných ambulancích, kterých je 39 v Karviné (chirurgická, gynekologická, dětská, interní, oční aj.) a 20 v Orlové (gynekologická, interní, chirurgická, ortopedická aj.) [NsP Karviná-Ráj, 2010].

Okres Frýdek-Místek

V okrese Frýdek-Místek se nachází 4 nemocnice s lůžkovou a ambulantní péčí [ÚZIS, 2010a]:

1) Nemocnice ve Frýdku-Místku, příspěvková organizace

Nemocnice je příspěvkovou organizací Moravskoslezského kraje. „Spádovou oblast představuje především město Frýdek-Místek a související mikroregion Podbeskydí a v některých odbornostech i z celé ČR (kardiologie, gastroenterologie, oftalmologie, hematologie, nukleární medicína) [Přádka, 2010, str. 3].

Nemocnice poskytuje ambulantní a lůžkovou péči:

- Lůžková oddělení: dětské, gynekologicko-porodní, chirurgicko-traumatologické, interní, neurologické, ortopedické aj.,
- Ambulance: dětská, gynekologická, chirurgická, interní, oční, hematologická, ortopedická aj. [Nemocnice ve Frýdku-Místku, 2005-2010].

2) Nemocnice Podlesí, a.s.

Tato soukromá nemocnice provádí efektivní výkony v oblasti miniinvazivní chirurgie, cévní chirurgie, endovaskulární léčby, kardiologie a kardiochirurgie. Je členem skupiny Agel.

Nemocnice poskytuje zdravotní léčbu:

- Na oddělení: kardiochirurgickém, centra cévní a mininvazivní chirurgie, anesteziologicko-resuscitačním aj.,
- V ambulanci: chirurgické, interní, cévní, mammologické aj. [Nemocnice Podlesí, 2011].

3) Nemocnice Třinec, příspěvková organizace

Nemocnice poskytuje jak lůžkovou, tak ambulantní péči:

- Na oddělení: dětském, gynekologickém, chirurgickém, interním, ortopedickém, ARO aj.,

- V ambulanci: chirurgické, interní, gynekologické, dětské, onkologické, infekční, oční aj. [Nemocnice Třinec, 2007].

4) CNS-CENTRUM TŘINEC s.r.o., Privátní psychiatrická a psychosomatická klinika

Klinika je soukromým zařízením, která poskytuje ústavní péči v oblasti psychiatrie a psychologie nejen na lůžkové části, ale ve 2 psychiatrických ambulancích, 1 psychologické ambulanci a 1 ambulanci v Jablunkově [CNS CENTRUM TŘINEC, 2011].

Příloha 3 Výtah ze zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

§ 16a

Regulační poplatky

1) „Pojištěnec, anebo za něj jeho zákonný zástupce, je povinen v souvislosti s poskytováním hrazené péče hradit zdravotnickému zařízení, které zdravotní péči uvedenou v písmenech a) až f) poskytlo, regulační poplatek ve výši

a) 30 Kč za

- návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření (dále jen „návštěva“) u praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost, ženského lékaře, nebo za návštěvu, při které bylo provedeno vyšetření u zubního lékaře,
- návštěvu u lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči,
- návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost,

b) 30 Kč za návštěvu u klinického psychologa,

c) 30 Kč za návštěvu u klinického logopeda,

d) 30 Kč za vydání každého, ze zdravotního pojištění plně nebo částečně hrazeného, léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, předepsaného na receptu, bez ohledu na počet předepsaných balení. Pokud pojištěnec za vydání léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely předepsaného na receptu platí doplatek, je součet doplateků za všechna balení léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely jednoho druhu snížen o zaplacený regulační poplatek nebo jeho příslušnou část, a to tak, aby částka zaplacená pojištěncem za doplatek a regulační poplatek činila nejméně 30 Kč,

e) 90 Kč za pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízením poskytujícím

- lékařskou službu první pomoci včetně lékařské služby první pomoci poskytované zubními lékaři,
- ústavní pohotovostní službu v sobotu, neděli nebo ve svátek a v pracovních dnech v době od 17.00 hod. do 7.00 hod., pokud nedojde k následnému přijetí pojištěnce do ústavní péče,

- f) **60 Kč** za každý den, ve kterém je poskytována ústavní péče, komplexní lázeňská péče nebo ústavní péče v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách, přičemž se den, ve kterém byl pojištěnec přijat k poskytování takové péče, a den, ve kterém bylo poskytování takové péče ukončeno, počítá jako jeden den, to platí i pro pobyt průvodce dítěte, je-li podle § 25 hrazen ze zdravotního pojištění. Povinnosti vyplývající z jiných zákonů tím nejsou dotčeny.

2) Regulační poplatek podle odstavce 1 písm. a) až f) se neplatí

- a) jde-li o pojištěnce umístěné v dětských domovech, ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy nebo umístěné k výkonu ústavní výchovy v domovech pro osoby se zdravotním postižením nebo jde-li o pojištěnce umístěné na základě rozhodnutí soudu v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc nebo pojištěnce svěřené rozhodnutím soudu do pěstounské péče podle zákona o rodině,
- b) při ochranném léčení nařízeném soudem nebo při umístění pojištěnce z důvodů stanovených zvláštním zákonem bez jeho souhlasu do ústavní péče, vysloví-li s přípustností převzetí a dalšího držení pojištěnce v ústavní péči souhlas soud nebo při výkonu zabezpečovací detence,
- c) při léčení infekčního onemocnění, kterému je pojištěnec povinen se podrobit, při nařízené izolaci ve zdravotnickém zařízení nebo při nařízených karanténních opatřeních k zajištění ochrany veřejného zdraví podle zvláštního právního předpisu,
- d) jde-li o pojištěnce, který se prokáže rozhodnutím, oznámením nebo potvrzením vydaným orgánem pomoci v hmotné nouzi o dávce, která je mu poskytována podle zvláštního právního předpisu, ne starším 30 dnů,
- e) při posuzování zdravotní způsobilosti pojištěnce k odběru tkání a orgánů, při odběru tkání a orgánů a při dispenzární péči o pojištěnce po odběru tkání a orgánů podle transplantčního zákona,
- f) jde-li o pojištěnce, kterému jsou podle jiného právního předpisu poskytovány pobytové sociální služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem nebo ve zdravotnických zařízeních ústavní péče, pokud u tohoto pojištěnce po úhradě za ubytování a stravu činí stanovený zůstatek ve výši alespoň 15 % jeho příjmu méně než 800 Kč nebo pokud nemá žádný příjem; tuto skutečnost prokazuje pojištěnec potvrzením ne starším než 30 dnů, které je na jeho žádost povinen vystavit poskytovatel sociálních služeb.

3) Regulační poplatek podle odstavce 1 písm. a) se neplatí, jde-li o

- a) preventivní prohlídku,
- b) dispenzární péči poskytovanou osobám uvedeným v § 31 odst. 1 písm. b) a d)“ [VZP, 2011], tj. zejména „dětem do jednoho roku, vybraným dětem od jednoho roku věku chronicky nemocným a ohroženým poruchami zdravotního stavu, a to v důsledku nepříznivého rodinného nebo jiného společenského prostředí, vybraným mladistvým a těhotným ženám ode dne zjištění těhotenství“ [ČLK, 2008],
- c) „hemodialýzu,
- d) laboratorní nebo diagnostické vyšetření vyžádané ošetřujícím lékařem, pokud není zároveň provedeno klinické vyšetření,
- e) vyšetření lékařem transfúzní služby při odběru krve, plazmy nebo kostní dřeně,
- f) děti do dovršení 18 let věku včetně tohoto dne.

4) Regulační poplatek podle odstavce 1 písm. f) se neplatí při ústavní péči o narozené dítě, a to ode dne porodu do propuštění ze zdravotnického zařízení ústavní péče, ve kterém k porodu došlo, nebo do dne propuštění z jiného zdravotnického zařízení ústavní péče, do kterého bylo dítě ze zdravotních důvodů bezprostředně po porodu převezeno.

5) Regulační poplatek je příjmem zdravotnického zařízení, které regulační poplatek vybralo. Zdravotnické zařízení je povinno použít vybrané regulační poplatky na úhradu nákladů spojených s provozem zdravotnického zařízení a jeho modernizaci.

6) Regulační poplatek podle odstavce 1 písm. a) až e) se platí zdravotnickému zařízení v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. regulační poplatek podle odstavce 1 písm. f) se platí zdravotnickému zařízení nejdéle do 8 kalendářních dnů po propuštění z ústavní péče, s výjimkou případů, kdy je pojištěnec umístěn v zdravotnickém zařízení po dobu delší než 30 dní; v takovém případě se regulační poplatek hradí vždy k poslednímu dni každého kalendářního měsíce. Zdravotnické zařízení je povinno vystavit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci na jeho žádost doklad o zaplacení poplatku s uvedením čísla pojištěnce, výše regulačního poplatku, dne jeho zaplacení, otiskem razítka zdravotnického zařízení a podpisem osoby, která regulační poplatek přijala, a jde-li o zařízení lékárenské péče, též s uvedením názvu léčivého přípravku nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely a výše doplatku, který se započítává do limitu podle § 16b odst. 1.

- 7) Zdravotnické zařízení je povinno sdělovat zdravotním pojišťovnám v rámci vyúčtování poskytnuté zdravotní péče za příslušný kalendářní měsíc, nebo za příslušné kalendářní čtvrtletí, informace o regulačních poplatcích vybraných podle odstavce 1, s uvedením čísla pojištěnce, ke kterému se regulační poplatek váže, výše zaplaceného regulačního poplatku a dne, ke kterému se regulační poplatek váže.
- 8) Zdravotnické zařízení je povinno regulační poplatek uvedený v odstavci 1 od pojištěnce nebo jeho zákonného zástupce vybrat, pokud nejde o výjimku z placení regulačního poplatku podle odstavce 2 nebo 3. Při zjištění opakovaného a soustavného porušování této povinnosti je zdravotní pojišťovna oprávněna tomuto zdravotnickému zařízení uložit pokutu až do výše 50 000 Kč.
- 9) Zdravotnická zařízení nesmí vybírat regulační poplatky v souvislosti s poskytováním hrazené péče, která podle tohoto zákona regulačním poplatkům nepodléhá.. Při zjištění opakovaného porušování tohoto zákona je zdravotní pojišťovna oprávněna tomuto zdravotnickému zařízení uložit pokutu až do výše 50 000 Kč. Opakované udělení pokuty zdravotnickému zařízení podle odstavců 9 a 10 je důvodem pro ukončení smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče bez výpovědní lhůty podle § 17 odst. 3.

§16b

Limity regulačních poplatků a doplatků na léčiva nebo potraviny pro zvláštní účely

- 1) Pokud celková částka uhrazená pojištěncem nebo za něj zákonným zástupcem za regulační poplatky podle § 16a odst. 1 písm. a) až d) a za doplatky za předepsané ze zdravotního pojištění částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, vydané na území České republiky, překročí v kalendářním roce limit ve výši **5 000 Kč**, u dětí mladších 18 let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršily 18. rok věku, a u pojištěnců starších 65 let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršili 65. rok věku, ve výši **2 500 Kč**, je zdravotní pojišťovna povinna uhradit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci částku, o kterou je tento limit překročen. Do limitu podle věty první se započítávají doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely pouze ve výši doplatku na nejlevnější na trhu dostupné léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely s obsahem stejné léčivé látky a stejné cesty podání. To neplatí, pokud předepisující lékař na receptu vyznačil,

že předepsaný léčivý přípravek nelze nahradit, v takovém případě se do limitu započítává doplatek v plné výši. Do limitu se nezapočítávají doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely obsahující léčivé látky k podpůrné nebo doplňkové léčbě; to neplatí, jde-li o léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely předepsané na recept pojištěncům starším 65 let, včetně dne, ve kterém dovršili 65. rok věku. Seznam léčivých látek určených k podpůrné nebo doplňkové léčbě stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou. Seznam léčivých přípravků hrazených a částečně hrazených ze zdravotního pojištění, s uvedením výše úhrady a výše doplatku započitatelného do limitu, zveřejňuje Ministerstvo zdravotnictví způsobem umožňujícím dálkový přístup.

- 2) Zdravotní pojišťovna je povinna uhradit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci částku, o kterou překračuje součet regulačních poplatků doplatků, oznámených zdravotnickými zařízeními zdravotní pojišťovně podle § 16a odst. 7 a 8, limit podle odst. 1, a to do 60 kalendářních dnů po uplynutí kalendářního čtvrtletí, ve kterém byl limit překročen“ [VZP, 2011].